

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**CLASSE HOSPITALAR E ESCOLA REGULAR:
TECENDO ENCONTROS**

Mestranda: Maristela Silva Darela

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Terezinha Maria Cardoso

Florianópolis, julho de 2007.

MARISTELA SILVA DARELA

**CLASSE HOSPITALAR E ESCOLA REGULAR:
TECENDO ENCONTROS**

Dissertação apresentada à banca examinadora, constituída pelo Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE), do Centro de Ciências da Educação (CED), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Educação, na Linha de Pesquisa Ensino e Formação de Educadores, sob a orientação da Profª Drª Terezinha Maria Cardoso.

Florianópolis, Julho de 2007.

Banca Examinadora

Terezinha Maria Cardoso
Orientadora

Ercília Maria Angeli Teixeira de Paula
Membro

Ana Maria Borges de Sousa
Membro

Agradecimentos

*Aos meus pais, Ari e Elza,
por serem tão especiais e iluminados,
acreditando sempre que a busca pelo
conhecimento dever ser constante.*

*Aos meus filhos, Juliana e Bruno, meus grandes
amores, simplesmente por existirem, por
fazerem parte de minha vida...*

*Ao Jorginho, meu amor,
que divide comigo tantas alegrias e cumplicidade,
pelo cuidado e carinho de tantos anos...*

*Às professoras da Classe Hospitalar do HIJG,
por fazerem parte de minha história,
compartilhando anseios, frustrações, afetos e
muitos sonhos.*

*À Tê (Terezinha), minha orientadora,
que após longos anos afastadas,
nos reencontramos para tecermos este trabalho
que é fruto de nossas crenças e desejos.*

*À professora Ana Baiana, que em suas aulas me
apresentou outros sons e olhares, dos quais foram
cruciais para as reflexões que fiz nesta caminhada.*

*Aos grandes amigos, que dividem
comigo os momentos mais difíceis e os mais felizes...*

*Ao HIJG, por compreender minhas
ausências, possibilitando a construção
de novas aprendizagens.*

*Às escolas que participaram desta pesquisa,
que me acolheram e acalentaram
minhas inquietações.*

*À Universidade Federal de Santa Catarina, aos
educadores e colegas pela oportunidade desta
vivência...*

Resumo

Esta dissertação tem como temática as relações entre a escola e o hospital. Procura compreender como a escola regular traduz o trabalho realizado pela Classe Hospitalar com os educandos que retornam a ela, após a hospitalização, tecendo um panorama que permite apreender as diferentes percepções dos educadores (diretores, professores, supervisores e orientadores pedagógicos) das escolas sobre o atendimento educacional que é realizado nos hospitais. Preocupou-se também em perceber como apreendem este atendimento a partir das concepções que tem de escola. A pesquisa teve como panorama cinco escolas com os estudantes, regularmente matriculados, que passaram por hospitalização e freqüentaram a Classe Hospitalar do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG). Utilizou como aporte metodológico a entrevista semi-estruturada ou entrevista compreensiva, dentro de uma perspectiva qualitativa, que possibilitou uma aproximação com a realidade estudada, percebendo o trabalho na Classe Hospitalar a partir do olhar da escola. Mesmo estando as escolas regidas por normas burocráticas que não favorecem a autonomia e a criatividade, o encontro com professores e especialistas me permitiu perceber o quanto seu interior é atravessado por significados, que ao se deparem com a dor do outro, transitam solidariedades, amores e encontros. Neste sentido, a Classe Hospitalar revela-se importante enquanto promotora da continuidade da vida do aluno, respeitando suas necessidades e anseios diante do contexto de adoecimento; resgatando o cotidiano; promovendo encontros que dão outro significado à experiência presente. O trabalho também apontou como relevante o atendimento à medida que este possibilita uma maior adaptação do estudante, acompanhando o grupo no retorno. O contato com dinâmicas escolares (professores, grupos, atividades de escrita e leitura) contribuiu para que o educando não perdesse o ritmo. Estes resultados revelaram que a participação em atividades educativas no hospital possibilita o amparo às necessidades integrais, protegendo a criança e o adolescente no seu desenvolvimento.

Palavras-chave: Classe Hospitalar; Escola Regular; estudantes hospitalizados.

Abstract

This dissertation has as thematic the relations between the school and the hospital. Search to understand as the regular school translates the work carried through for the Hospital Classroom with the students who return the same one, after hospitalization, presenting a picture that allow to apprehend the different perceptions of the educators (managing, professors, supervisors and pedagogical person who orientates) of the schools on the educational attendance that is carried through in the hospitals. It was also worried in perceiving as they apprehend this attendance from the conceptions that has of school. The research had as picture five schools with the students, regularly registered, who had passed for hospitalization and had frequented the Hospital Classroom of the Infante Hospital “*Joana de Gusmão*” (HIJG). It used as methodologic basement the half-structuralized interview or comprehensive interview, inside of a qualitative perspective, that made possible an approach with the studied reality, perceiving the work in the Hospital Classroom from the look of the school. Exactly being the schools conducted for bureaucratic norms that they do not favor the autonomy and the creativity, the meeting with professors and specialists allowed to perceive me how much its interior is crossed by meanings, that to if come across with the pain of the other, transits solidarities, loves and meeting. In this direction, the Hospital Classroom ahead shows important while of the continuity of the life of the student, respecting its necessities and yearnings of the adoecimento context promotional; rescuing the daily one; promoting meeting that give another meaning to the present experience. The work also pointed as excellent the attendance to the measure that this makes possible a bigger adaptation of the student, following the group in the return. The contact with dynamic in the schools (professors, groups, activities of writing and reading) contributed so that educating did not lose the rhythm. These results had disclosed that the participation in educative activities in the hospital makes possible the support to the integral necessities, protecting the child and the adolescent in its development.

Word-key: Hospital Classroom; Regular School; Hospitalized Students

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
-------------------	-----------

CAPÍTULO I

Trajetória de um sonho	15
1.1 – Chegando ao hospital	17
1.2 – Contextualização da Classe Hospitalar	20
1.3 – Como se configura a Classe Hospitalar do HIJG	24
1.4 – As inquietações que emergem	30
1.5 – A construção da pesquisa	34
1.5.1 – Trajetória da Pesquisa	35
1.5.2 – A entrevista como suporte para a coleta de informações	39

CAPÍTULO II

Tramas na construção do tema de estudo	43
2.1 – Atendimento Educacional Hospitalar	43
2.2 – Escola e Hospital: onde e como se entrelaçam	51
2.3 – As dimensões do cuidado	59

CAPÍTULO III

Escutando os sujeitos: as expressões e impressões do encontro	64
3.1 – A concepção de instituição escolar para a compreensão do atendimento escolar hospitalar	65
3.2 – A vinculação do atendimento escolar no hospital com conteúdos Relacionais	73
3.2.1 – Acolhimento/cuidado e educação: conceitos que se atravessam	78

ARREMATES FINAIS

Trilhando por caminhos que se fizeram no caminhar	84
--	-----------

REFERÊNCIAS	90
--------------------	-----------

ANEXOS

Anexo I	95
---------	-----------

Anexo II	98
----------	-----------

Anexo III	100
-----------	------------

Anexo IV	102
----------	------------

Introdução

A experiência nascida do encontro com o cenário hospitalar foi alinhavando a construção do olhar com o qual desenvolvi esta pesquisa e que me arrisco a tecer neste trabalho. O estudo que aqui apresento procurou **compreender como a escola regular traduz o trabalho realizado pela Classe Hospitalar com os educandos que retornam à escola, após a hospitalização**, atribuindo-me, como uma das demandas da pesquisa, visitar escolas, as quais delimitei como campo de investigação, e tendo como sujeitos: diretores, professores, supervisores e orientadores pedagógicos de cinco escolas de Florianópolis (SC) e Grande Florianópolis¹. A escuta dos educadores centrou-se na concepção que os mesmos tinham do atendimento educacional realizado no hospital, tomando como aporte metodológico a entrevista semi-estruturada ou entrevista compreensiva, dentro de uma perspectiva qualitativa, que possibilitou a compreensão da realidade estudada, tendo consciência de seus limites, já que nenhum método dá conta de captar o problema em todas as suas dimensões. As falas destes profissionais contribuíram para tecer as sínteses que alinhabei, buscando um referencial do retorno do aluno à sua escola após ter passado pela Classe Hospitalar do Hospital Infantil Joana de Gusmão².

A minha caminhada metodológica na construção do tema de pesquisa pode ser dividida em duas etapas: antes e depois do exame de qualificação. Iniciei me propondo a estudar como as escolas recebem as crianças e adolescentes que se ausentaram por motivo de hospitalização, ou seja, perceber como acontece a reinserção do estudante após período de hospitalização que resultou no seu afastamento da escola. Neste contexto, minha preocupação parecia centrar-se no que a escola estaria fazendo para que o estudante se inserisse novamente sem perdas de conteúdos, não dirigindo as questões para o meu foco que era o trabalho realizado na Classe Hospitalar, como se dissesse: *o nosso trabalho estamos fazendo, e o de vocês?* Em virtude dos impasses que o Projeto começou a apresentar e da escuta que fiz destes, outros interesses se configuraram,

¹ Grande Florianópolis se refere aos municípios vizinhos que, juntamente com a capital, somam 22 municípios.

² Doravante HIJG.

principalmente no encontro com a banca de qualificação, me valendo de uma maior compreensão do tema de estudo. Dessa forma, vários ajustes e modificações ocorreram tanto na reconstrução do próprio objeto, na abordagem da pesquisa de campo, quanto na adoção da perspectiva metodológica. Ressalto que, embora tenha me ancorado no atendimento escolar desenvolvido nos hospitais, meu trabalho tem como foco o olhar da escola regular em relação a esta modalidade de atendimento.

Este trabalho não se contentou somente em descrever as falas dos profissionais da escola a respeito do retorno do aluno e do atendimento educacional que recebeu no hospital, de suas implicações, expectativas e do próprio conhecimento ou desconhecimento desta modalidade de atendimento escolar, mas preocupou-se também em compreender como apreendem este atendimento a partir das concepções que tem de escola. Pensar diferente, imersa num movimento constante de construções e desconstruções, de ordens e desordens, e movida pela curiosidade, implicou lançar-me ao desafio de tentar entrelaçar as linguagens que estão incorporadas no espaço escolar, com aquelas construídas na experiência de atendimento educacional que ocorre no âmbito hospitalar. Esta, uma experiência nova no Brasil, cuja legislação data do final da década de noventa do século passado, e também nova para mim que estou me relacionando com esta realidade há menos de oito anos, como coordenadora do Projeto Classe Hospitalar do HIJG.

Encontramos na literatura vários autores³ que apontam o atendimento como legítimo, mesmo quando balizado apenas como benéficos e terapêuticos na diminuição das tensões causadas pela hospitalização. Levanto aqui a possibilidade das escolas encontrarem dificuldades em instituir e legitimar as aprendizagens de conteúdos cognitivos, que é de sua responsabilidade e competência, realizada em outros espaços. Desta forma, este texto faz referência também às formas como a instituição escolar, com suas práticas convencionais, mostra estreita ligação com as principais maneiras de dominação, cumprindo, de modo geral, as finalidades que a ela foram atribuídas. Minha intenção nesta construção foi a de entrelaçar o que faz da escola uma instituição formal

³ Conferir: CAIADO (2003); CAMACHO (2003); CARDOSO (2006; 2007); CECCIM (1997; 2001); FONSECA (1999); FONTES (2003); GIANELLI (2004); MATOS; MUGGIATI (2001); MOREIRA; VALLE (2001); NUCCI (2002); ORTIZ (2005); PAULA (2004); SANTOS et al (2004); SOUZA (2003); TRUGUILHO (2003), entre outros.

com as vozes dos educadores entrevistados, mediatizadas por minhas próprias compreensões que se ancoraram nos diálogos teóricos que me conduziram no percurso desta pesquisa.

O problema de pesquisa foi gestado a partir da minha experiência enquanto profissional da educação em ambiente hospitalar, contribuindo para a construção do atendimento escolar realizado no Hospital Infantil Joana Gusmão. Neste estudo procurei aprofundar as reflexões desta prática, investigando a qualidade do atendimento oferecido na Classe Hospitalar e sua possível contribuição na continuidade do processo escolar daqueles que a freqüentam, buscando subsídios para pensar nas implicações que o atendimento escolar no hospital possa ter no processo escolar do estudante.

Na medida em que as experiências se consolidam e se aprofunda a reflexão sobre elas, me sinto movida pela curiosidade e pelo movimento constante em busca de ouvir e olhar as coisas de diferentes lugares, constituindo ferramentas que possam operar sobre esta prática. Portanto, o cotidiano é uma ótima matéria-prima para se trabalhar a realidade e criar o novo; existem perspectivas diferentes de se abordar este cotidiano, uma delas é ouvindo e interpretando os ruídos. Para Restrepo (1998, p.40) “o cientista está sempre voltado para um saber parcial, para um campo empírico delimitado (...)”. Tendo uma visão parcial da realidade estudada, pois desconheço ângulos que são obscuros para mim, estou consciente de minhas limitações neste processo, procurando manejar esta cegueira situacional incorporando a visão dos outros neste contexto.

Vários autores têm se dedicado a pesquisar o tema escolaridade em hospitais enfocando, principalmente, a relação da criança doente – e os fatores estressantes da hospitalização – com a aprendizagem⁴. Tais estudos procuraram abordar com maior ênfase a vivência em si, do quanto este espaço pode auxiliar a criança a (re)significar este momento de doença-hospitalização. O espaço de encontro social e de aprendizagens, que tornam a criança conhecedora de seu momento vivido no hospital, conhecendo e elaborando este momento ao mesmo tempo, utiliza-se desses conhecimentos para a construção de novas aprendizagens. Apresenta-se o atendimento escolar no hospital como auxiliador nesta adaptação na medida em que também é terapêutico – formas de enfrentar a

⁴ Conferir nota nº. 3.

hospitalização, e que o atendimento humanizado, sensível, de escuta, proporciona uma melhor qualidade de vida. A escuta pedagógica atenta e sensível às demandas afetivas, cognitivas, físicas e sociais da criança pode possibilitar a consolidação de sua subjetividade, reforçando o papel importante no resgate de sua saúde orgânica e dignidade social, e de como as relações suscitadas por atividades pedagógicas podem contribuir para a saúde da criança hospitalizada. As interações sociais foram descritas como canal de resgate à vida cotidiana.

Mesmo abordando o tema escolaridade, é bastante restrita a produção acadêmica no que diz respeito ao acesso do conhecimento sistematizado vinculado à escola de origem. Os estudos aqui referenciados, não se ocuparam em compreender o atendimento escolar no hospital vinculado à escola regular. Antes tiveram como questão central o desvelamento do espaço da Classe Hospitalar como promotor da saúde da criança hospitalizada, vendo este espaço como encontro com a vida.

É possível instituir e legitimar aprendizagens de conteúdos cognitivos, de responsabilidade exclusiva da escola, em outros espaços? Para legitimar a educação no contexto hospitalar será necessário deslegitimar o papel que à escola foi atribuído como autoridade? Com estas perguntas me aproximei do campo de pesquisa o que me permitiu compor um mosaico de percepções a partir do encontro com diretores, professores e alunos, que foi se configurando durante a minha caminhada, demonstrando como a realidade era construída. Distanciar-me das críticas, das ambigüidades, das contradições me permitiu uma maior compreensão desta realidade.

A busca de um *feedback* do atendimento realizado na Classe Hospitalar contribui para compreender se este atendimento colabora ou tem ressonância num outro espaço, que é a escola regular, onde o ensino é oficialmente reconhecido e perpetuado. É a esta outra instância que me reporto para desenvolver a pesquisa. Para tanto, dirijo-me a ela buscando respostas aos objetivos mais específicos, quais sejam: **Perceber as impressões da escola regular sobre o atendimento escolar hospitalar; Refletir sobre as possíveis implicações do atendimento no retorno do estudante; Apreender as expectativas dos profissionais da escola em relação ao atendimento escolar hospitalar.**

O fundamento teórico deste estudo esteve pautado no diálogo com autores que acalentaram minhas inquietações, ao mesmo tempo em que fizeram surgir questionamentos que me conduziram para outros olhares, em que me percebi aprendente diante de tantos conceitos e idéias que me fascinaram, ao mesmo tempo em que me desorganizaram. Com esta desordem me aproximei de Morin (1991; 1999; 2000; 2003) e a teoria da complexidade, em que fui alertada para a impossibilidade das certezas teóricas hermeticamente delineadas e de que precisamos estar abertos para o inesperado, o improvável, pois estamos sujeitos ao erro e a ilusão por sermos dotados de sentimentos que nos movem. Com Maturana (1995; 1998; 2000; 2001; 2004) me aproximei da objetividade-entre-parênteses. Viver na experiência me permite reformulações que escapam da racionalidade, pois existem muitas realidades, e que não deixam de ser legítimas para mim pelas coerências operacionais que a constituem. Outro autor por quem me senti cativada foi Assmann (1998; 2000), que me mostrou a sensibilidade como forma de conhecer o mundo, de reconhecer a pluralidade na realidade. É uma sensibilidade que pressupõe reconhecer o outro na diferença e na singularidade. Boff (1999) me alertou para o sentido do cuidar, como é vivido e se estrutura em nós mesmos. Somente cuido quando a existência do outro tem importância para mim, representando uma atitude de responsabilidade e de envolvimento afetivo. Em Restrepo (1998), a percepção das diferenças só é possível no plano do sensível, em atentar-se para os aromas, as carícias ou o tato que nos marcam a singularidade. Com Eizirik (2001) me aproximei da escola como uma organização complexa, atravessada por relações que não se passam somente em seu interior, mas que vêm de muitos lugares e direções. Outros autores contribuíram para estes alinhavos ou desconstruções e reconstruções, aos quais faço referência no decorrer do trabalho.

A dissertação, fruto do trabalho de pesquisa que ora apresento, está organizada em três capítulos: No **Capítulo I**, intitulado como **Trajetória de um sonho**, busquei contextualizar brevemente o HIJG e a Classe Hospitalar do mesmo, apresentando, ao mesmo tempo, minha própria trajetória e as inquietações que levaram-me a pesquisar sobre os contornos desta prática. A construção da pesquisa foi descrita neste capítulo, especificando todo o caminho percorrido. No **Capítulo II**, designado como: **Tecendo parcerias na construção do tema de estudo**, apresento um levantamento bibliográfico das pesquisas realizadas sobre os atendimentos educacionais desenvolvidos nos hospitais do Brasil, bem como o encontro com os autores que me acalentaram e me

questionaram durante esta caminhada. No **Capítulo III**, denominado **Escutando os sujeitos: as impressões e expressões do encontro**, trago minhas percepções e reflexões do encontro com os sujeitos deste estudo, destacando as descrições e análises das entrevistas realizadas nas escolas regulares, procurando, com isto, entrelaçar as linguagens que estão incorporadas neste espaço, com aquelas construídas na experiência de atendimento educacional que ocorre no âmbito hospitalar. Finalmente, as considerações finais, denominada **Arremates finais: trilhando por caminhos que se fizeram no caminhar**, retorno ao ponto de partida – hipóteses e objetivos, para desvelar as sínteses possíveis dessa dissertação. As fotos apresentadas no trabalho são de crianças e adolescentes que participaram de atividades na Classe Hospitalar do HIJG.

CAPÍTULO I

Trajetória de um sonho...

O âmbito educacional deve ser amoroso e não competitivo, um âmbito no qual se corrige o fazer e não o ser criança.(MATURANA, 2000, p. 15).

Minha experiência no hospital iniciou em 1995, por meio de concurso público da Secretaria da Saúde do Estado de Santa Catarina, na área da Pedagogia, Habilitação em Educação Especial. A exigência desta Habilitação para a realização do concurso nunca ficou muito clara para mim, assim como não está clara a regulamentação da Classe Hospitalar de estar ligada a Educação Especial, mas esta não é uma discussão que desejo apresentar neste trabalho⁵. Entrando no HIJG (Hospital Infantil Joana de Gusmão) fiquei lotada no Setor de Recursos Humanos, fazendo parte de uma equipe multiprofissional⁶, durante dois anos. O Setor de Pedagogia já existia nessa época estando inserido na Gerência Psicossocial (Serviço Social e Psicologia). Desejava muito trabalhar com as crianças internadas e, em 1998 passei a fazer parte da equipe pedagógica do hospital. A equipe era composta por três pedagogas (quatro já me incluindo) e duas recreadoras; destas seis profissionais, quatro faziam parte do quadro da Secretaria da Saúde, uma através de convênio com a Fundação Catarinense de Educação Especial (FCEE) e outra contratada pelo voluntariado do hospital.

Através da brinquedoteca⁷ tive meus primeiros contatos com as perdas e as vitórias que se vive no dia a dia de um hospital. Confesso que nos momentos de perdas questioneei o

⁵ PAULA (2004), em sua tese de doutorado, apresenta uma sucinta reflexão sobre a dicotomia entre ensino comum e educação especial e do entendimento das crianças e adolescentes hospitalizados estarem inseridos na categoria de portadores de necessidades especiais.

⁶ Este setor era denominado Gerência de Desenvolvimento Organizacional, hoje já extinto, e era formado por uma equipe em que constava: médico, enfermeiro, administrador, assistente social, pedagogo, analista de sistema e técnico administrativo.

⁷ Entende-se por brinquedoteca o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar, contribuindo para a construção e/ou fortalecimento das relações de vínculo e afeto entre as crianças e seu meio social. (Portaria nº 2.261, de 23 de novembro de 2005, art. 3º. Regulamento que estabelece as diretrizes de instalação e funcionamento das brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação).

que estava fazendo neste espaço, se a educação teria valor quando se está falando em saúde e doença, em vida e morte. No entanto, este dia a dia me mostrou que, seja através de um conforto ou orientação destinada à criança ou familiar, seja no desenvolvimento de ações educativas, a minha presença tem significado para estas pessoas. Ao propiciar consolo e conforto, retiro-a de seu lugar de solidão diante da doença. A educação vem ao encontro do resgate da saúde orgânica e também da dignidade social no momento em que as ações estão voltadas para o desenvolvimento integral do ser humano.

A inquietude permanecia quando uma criança manifestava preocupação com o afastamento da escola, em estar tendo *perdas* escolares (conteúdos, faltas, notas), e em como retomar após esta ausência. Alguns nem mesmo retornavam. Senti-me, juntamente com os colegas do setor, no desafio de buscar alternativas de um atendimento escolar sistematizado, em que a criança ou o adolescente que estivesse no hospital, de alguma forma, se reportasse à sua escola.

Este universo é ainda pouco conhecido e explorado nas instâncias educacionais, seja na formação de educadores, seja nas escolas regulares. Poucos são os cursos de graduação (pedagogia e licenciaturas) que apresentam os diferentes cenários educativos como possíveis locais de trabalho e de aprendizagem, esquecendo-se de que a educação não está circunscrita aos muros da escola, que não existem mais fronteiras para a ação do professor. Muitas destas ações estão assumindo características peculiares, sem, contudo, deixarem de conservar elementos que são próprios do fazer pedagógico.

O primeiro passo para a consolidação deste projeto foram reuniões entre a equipe pedagógica e a Direção do hospital, sempre com o apoio e incentivo da gerente responsável pelo Setor de Pedagogia, Dra. Leonice Terezinha Tobias. Após ser realizado diagnóstico interno, passamos a fazer contato com a Secretaria de Estado da Educação (SED). A recepção por parte dos profissionais desta Secretaria foi das melhores, demonstrando interesse e empenho no desenvolvimento do projeto, mesmo não tendo conhecimento desta modalidade de atendimento (confesso que nós do HIJG também não tínhamos). Foi então que unimos esforços, no sentido de elaborar projeto, convênio, estruturar sala de aula e selecionar estagiários para o atendimento. Naquele

momento, o trabalho só pode ser realizado com estagiários bolsistas do Curso de Magistério de uma escola pública estadual, localizada em Florianópolis.

1.1 – Chegando ao hospital...

No período compreendido entre 1939 a 1962 chegaram em Santa Catarina alguns médicos com o objetivo de fundar e organizar a Pediatria Catarinense. Dentre estes, o Dr. Miguel Salles Cavalcanti que foi o grande mentor do projeto e que faleceu poucos meses antes da inauguração do hospital, em 1964. O hospital infantil, intitulado Hospital Infantil Edith Gama Ramos, também seria campo da graduação em pediatria da Universidade Federal no Estado. Em 13 de março de 1979, Ano Internacional da Criança, é inaugurado o Hospital Infantil Joana de Gusmão - HIJG, que através de novas instalações e ampliação da equipe, veio substituir o anterior. A mudança de nome deu-se para homenagear a Beata Joana de Gusmão, nascida em Santos, São Paulo, em 1688, e que viveu um período de sua vida em Santa Catarina, dedicando-se à construção de capelas e atendimentos a crianças.

O HIJG é um hospital que atende crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 15 anos e está vinculado a Secretaria de Estado da Saúde (SES), atendendo, predominantemente, pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), através da modalidade hospital público, sendo o financiamento feito através de subvenção do Governo do Estado de SC. Possui uma área de 22.000 m² e é dividido em unidades de internação. Estas unidades são especializadas em: Cardiologia, Cirurgia (Pediátrica, Geral, Plástica, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia, Vascular, Bucomaxilofacial), Desnutrição, Gastroenterologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Oncologia, Queimadura, Pneumologia e Terapia Intensiva. Atua como pólo de referência para as patologias de maior complexidade, sendo que 30,94% dos pacientes atendidos são do município de Florianópolis, 38,49%, são oriundos da Grande Florianópolis e 30,57% de outros municípios do estado de Santa Catarina ou ainda de outros estados. Atualmente, conta com 140 leitos ativos e o quadro funcional com cerca de 850 funcionários, representados em diversas categorias, distribuídos de acordo com as necessidades das unidades. Outra característica importante do hospital é ser um hospital ensino, campo de estágios, treinamento e residência médica.

Na busca de um ambiente mais acolhedor encontram-se pelo hospital pinturas realizadas pelas próprias crianças, quadros com personagens infantis, paredes pintadas em cores suaves e alegres, decorações caracterizando festas da época (carnaval, páscoa, festa junina, e outras) que, de alguma forma, contribuem para que este ambiente torne-se menos hostil. A tarefa de decoração está a cargo do grupo de voluntárias do hospital. A estrutura física distingue um pouco dos padrões dos hospitais. Possui dois pavimentos, com amplas rampas, corredores largos, bastante envidraçados, jardins internos e uma grande área de sol, onde acontecem as festas para as crianças, adolescentes e familiares.

Assim como tradicionalmente a escola é vista como um espaço em que se *educa*, cabe ao hospital cuidar de doenças (nem sempre associada à promoção da saúde). No entanto, esta visão vem se modificando à medida em que profissionais de outras áreas se inserem neste contexto. Esta inserção tem buscado maior qualidade nos serviços de saúde, como proposto nos Programas de Humanização, com a possibilidade de um novo modelo de atenção, a partir de uma nova maneira de se relacionar com o sofrimento e com a vida, tanto na sua dimensão individual quanto coletiva. Tais aspectos têm contribuído para que outros interesses aflorem, modificando práticas organicistas existentes na área médica que priorizam a doença e não o doente, tratando-os de forma impessoal, objetivisante e descompromissada. A concepção de um novo modelo implica que não basta somente injetar mais recursos no sistema, mas também de repensar uma nova maneira de se atuar em saúde, gerando acolhimento e atenção integral. Perspectiva esta, que parece ser compartilhada por alguns profissionais do HIJG:

A Classe Hospitalar desempenha um papel fundamental na humanização hospitalar, resgatando a auto-estima da criança internada, possibilitando certa continuidade de atividades vivenciadas fora do ambiente hospitalar e enfatizando, desta maneira, a questão “saúde” e não “doença”. (Psicóloga do HIJG).

Simplesmente Magnífico! Tenho certeza que a Classe Hospitalar produziu uma nova vida neste hospital. (Médico do HIJG).

Nesta abordagem, PAULA (2004) descreve que o professor, assim como outros profissionais da equipe multiprofissional, torna-se mediador, escutando as angústias e os dramas vividos por familiares e pacientes, orientando-os diante das dificuldades e do

entendimento de suas patologias, auxiliando-os e desenvolvendo ações que possibilitem um melhor enfrentamento da situação de hospitalização.

A contribuição do pedagogo no HIJG se faz presente desde a década de 70, com a implantação do Programa de Estimulação Essencial junto às crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, decorrente da desnutrição. Nesta época, foi firmado um convênio entre o HIJG e a Fundação Catarinense de Educação Especial (FCEE), que está em vigor até hoje, com o intuito de prestar um atendimento integral à criança. Como não existia o profissional da pedagogia no quadro de funcionários da Secretaria da Saúde do Estado, estabeleceu-se esta parceria.

Na década de 80, foi ampliado o Programa para o atendimento ambulatorial, com o objetivo de orientar os familiares e acompanhar o desenvolvimento da criança, bem como evitar re-internações. Este ambulatório expandiu o seu atendimento aos escolares com dificuldades de aprendizagem já que algumas das crianças atendidas no Programa de Estimulação Essencial, ao chegar à idade escolar (sete, oito anos), apresentavam dificuldades na aprendizagem. Esta ampliação foi possível a partir da contratação de novos profissionais da área, via Secretaria de Estado da Saúde. A recreação, que até então era coordenada pelo Serviço Social, passou a ser de responsabilidade da Pedagogia. Outro programa implantado e que acabou sendo desativado por não ter espaço apropriado e profissional para atuar, foi a Brinquedoteca. Mais recentemente, em 1999, foi implantada a Classe Hospitalar, que será o foco deste trabalho. Para o desenvolvimento do trabalho pedagógico no hospital, na época da pesquisa a equipe era composta de doze profissionais (quatro da Secretaria da Saúde, sete da Educação e uma da FCEE), quatro bolsistas, estagiários e voluntários, dispondo de sete salas próprias para os atendimentos. O Serviço de Pedagogia está vinculado à Gerência de Assuntos Comunitários e Preventivos (assim como as áreas da Psicologia, Fonoaudiologia, Serviço Social e Fisioterapia) tendo, na época, Dra. Carla Marchesini, neurologista, como gerente.

O Serviço de Pedagogia no HIJG, através dos programas acima mencionados, visa promover o desenvolvimento integral da criança e adolescente, tendo como eixos: avaliar o desenvolvimento e a aprendizagem; acompanhar a aprendizagem e a vida

escolar; estimular e favorecer a inserção e/ou reinserção escolar; orientar família e escola; contribuir com a equipe multiprofissional; desenvolver estudos/pesquisas; oportunizar aspectos da vida cotidiana da criança no espaço hospitalar: brincar, estudar, interagir.

Este cenário traz mudanças significativas na rotina do hospital, pois este deixa de ser lugar de injeção, seringa, solidão, sofrimento, para ser também lugar do caderno, do lápis, do livro, do brinquedo, do jogo, da diversão, da alegria, trazendo consigo a força pela vida que se alimenta, principalmente, destes ingredientes.

1.2 – Contextualização da Classe Hospitalar.

Pensar em escola dentro de um hospital, para muitas pessoas parece ser incipiente no Brasil, embora em diversos Estados já existam iniciativas conjuntas das Secretarias de Educação e Saúde para garantir assistência pedagógico-educacional às crianças e adolescentes hospitalizados. Isto se ratifica quando, desde 1950, o Hospital Municipal Jesus, no Rio de Janeiro, promove este atendimento aos pacientes internados. Com o passar dos anos outros hospitais foram também oferecendo, demonstrando que essa modalidade de atendimento educacional se fortalece no âmago da luta pelo direito à educação e pela humanização no atendimento hospitalar. Esta percepção é abordada pelo profissional do HIJG:

Meus pacientes adoram a “escolinha”. O trabalho é muito importante para as crianças com internação prolongada, principalmente. As professoras estão de parabéns pelo projeto que, entre outras qualidades, humaniza o nosso hospital. (Médico do HIJG).

Caiado (2003) revela, com base em estudo de Januzzi sobre a história da Educação Especial no Brasil, que em 1600 foi criado o primeiro atendimento escolar à pessoa com deficiência física, na casa de Misericórdia de São Paulo, considerado ser este o marco histórico entre saúde e educação especial. Nos arquivos desta mesma instituição outro pesquisador (Mazzotta, 1996, apud, CAIADO, op. cit.) encontrou outros registros que datam de 1931, apresentando relatório anual do movimento escolar hospitalar de pacientes, também com deficiência física.

Segundo Fonseca (1999) o atendimento em Classes Hospitalares resultou de políticas públicas e estudos acadêmicos decorrentes da observação e consideração das necessidades das crianças que, devido à problemática de saúde, requeriam hospitalização, fosse esta de curta ou longa duração. A mesma autora realizou um levantamento no Brasil em 1997 sobre Atendimento Pedagógico Educacional para Crianças e Adolescentes Hospitalizados e constatou que havia 30 hospitais que ofereciam este atendimento, muitos com nomenclatura diferente, mas com o mesmo objetivo. Os dados de sua pesquisa revelam que, desse total, apenas quatro Classes Hospitalares tinham sido criadas antes de dezembro de 1980, e que a partir da década de 1980 se inicia a expansão dessa modalidade de atendimento. De janeiro de 1981 a dezembro de 1997, foram criadas 17 Classes Hospitalares no país. Já em 2000, outro levantamento foi realizado, o qual apontou para a existência de 74. Somente em Santa Catarina, entre os anos de 1999 a 2004, foram implantadas 12 Classes Hospitalares nas diversas regiões do Estado. Esses dados demonstram que o estímulo à criação de Classes Hospitalares se impõe como uma nova exigência para uma política inclusiva que respeite o direito de todos ao atendimento escolar.

Oferecer atendimento pedagógico num ambiente hospitalar torna-se significativo à medida que este promova o desenvolvimento do aluno, reconhecendo-o como um sujeito singular e de potencialidades. Perceber a escola como um espaço de descobertas, criação e formação é torná-la imprescindível em todos os momentos. Deste ponto de vista, pensar em escola no hospital é confirmar que, mesmo doente, a criança ou o adolescente encontra-se em condições de se desenvolver. Estar doente não significa, necessariamente, estar impossibilitado de aprender, mesmo diante de todos os limites que o hospital impõe. Limites que dizem respeito aos aparelhos em que os pacientes estão *presos*, ou até mesmo nos impedimentos em razão de contatos físicos (isolamentos).

Mas é preciso ressaltar que nem todas as crianças ou adolescentes que estão no hospital têm condições físicas e/ou emocionais de participarem das atividades educativas, pois bem sabemos que o estado debilitado da saúde é sim impedimento para esta atividade. No entanto, ainda encontramos aqueles que, mesmo neste estado, requerem o atendimento, solicitando que o professor seja chamado, proporcionando atividades

pedagógicas para serem desenvolvidas. Muitos destes casos são de crianças e adolescentes terminais de câncer, o que nos convoca a refletir sobre a escola como uma alternativa de vida, como um lugar onde os laços com a vida são tecidos.

Trugilho (2003) revelou em sua pesquisa que a escola parece emergir como algo que mantém a força e a coragem necessárias ao enfrentamento da dor inevitável e renova a vontade de viver, projetando-se para além da situação como sentido de algo a realizar no futuro. A escola é também (e principalmente) um lugar onde a vida pode ser expandida e revigorada. A Classe Hospitalar não se reduz ao conteúdo cognitivo, assim como a escola. Dentro destes contextos educativos se vivencia também um alargamento das práticas de educação e cultura do sujeito. Um alargamento de suas percepções de vida, redimensionando o próprio lugar onde a escola tem sido construída.

A terminologia “Classe Hospitalar” vem sendo utilizada pelo Ministério de Educação/Secretaria de Educação Especial (MEC/SEESP) para designar o atendimento pedagógico educacional, com vistas à continuidade do aprendizado de conteúdos curriculares dentro do hospital. Seu principal objetivo é atuar no combate ao fracasso escolar comum às crianças/adolescentes com internações longas e/ou frequentes, pela impossibilidade de acompanhar o ano letivo da escola regular. (MEC, 2002). Remetendo-se ao que foi explicitado nos parágrafos anteriores, a designação acima acaba sendo um recorte do objetivo mais amplo do que seja o atendimento pedagógico hospitalar, que se pauta na expansão e no revigoramento da vida.

Em Santa Catarina, o HIJG foi pioneiro neste atendimento, implantado em 1999, através de convênio com a SED. O dispositivo legal veio, primeiramente, através do Ministério da Educação e Cultura (MEC), por meio das Políticas Públicas de Educação Especial, definindo as responsabilidades quanto a execução do direito das crianças e adolescentes hospitalizados à educação, definindo as Classes Hospitalares como “Ambiente hospitalar que possibilita o atendimento educacional de crianças e jovens internados que necessitam de educação especial e que estejam em tratamento hospitalar. (BRASIL, 1994,p.20). No ano seguinte, o Estatuto da Criança e do Adolescente Hospitalizado, assegura o “Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência

hospitalar”. (Resolução nº 41 de outubro de 1995, item 9) (ANEXO 1). Em 2002 o Ministério da Educação, por meio de sua Secretaria de Educação Especial, publicou o documento *Classes Hospitalares e Atendimento Pedagógico Domiciliar*, propondo estratégias e orientações sobre a criação e a implementação dessas modalidades de ensino. Já no estado de Santa Catarina, a SED oficializa o atendimento em Classes Hospitalares através da Portaria nº 30, SED, de 05/03/2001, em que “Dispõe sobre a implantação de atendimento educacional na Classe Hospitalar para crianças e adolescentes matriculados na Pré-Escola e no Ensino Fundamental, internados em hospitais”. (ANEXO 2).

Atualmente o Estado conta com 11 hospitais que oferecem o atendimento educacional através do referido convênio. Mesmo tendo a mesma Proposta Curricular, a prática pedagógica nos hospitais do estado acaba diferenciando uma das outras pelas especificidades que apresentam, como por exemplo, a clientela atendida (em número de estudantes e séries), os espaços físicos (disponíveis ou não), a equipe pedagógica, a sistematização das aulas, e até mesmo a abordagem metodológica. Esta não é somente uma realidade no estado, mas em todo o país, até por não haver uma política clara desta modalidade de atendimento.

Mesmo estando previstos por leis, poucos são os hospitais que disponibilizam o atendimento, sejam eles público ou privado, garantindo às crianças e adolescentes o amparo e assistência necessários às práticas educativas. Isso passa inclusive pelo descaso da sociedade em tratar esta questão. Desta forma, o atendimento educacional nos hospitais do Brasil ainda encontra muitas indefinições em relação a sua identidade, pois existem diferentes práticas educativas. Estas práticas existentes vão desde o atendimento em programas de recreação, que priorizam o aspecto lúdico, até o atendimento escolar propriamente dito. Este último também com características diversas, passando por atendimentos nas próprias unidades de internação, corredores, salas de lanche, etc., quanto em salas próprias, com mobiliários e equipamentos de última geração. As iniciativas tornam-se isoladas, cada qual buscando recursos que viabilizem o atendimento.

Esta realidade ocorre também nas Classes Hospitalares de SC que promovem seu atendimento tanto em salas adequadas, com estrutura física e materiais que proporcionam um trabalho de qualidade, como em espaços que necessitam ser divididos com outros atendimentos, ou mesmo como passagem para outras salas⁸. Muitos dos professores estão abandonados a sua própria sorte, realizando suas ações por puro instinto e sensibilidade (que não deixam de ter seu valor), enfrentando os desafios que lhes são apresentados a cada dia, porém sem a construção de referências que lhes dêem sustentação para a *práxis* pedagógica.

1.3 – Como se configura a Classe Hospitalar do HIJG.

Assim também a Classe Hospitalar do HIJG se organiza. Sua trajetória vem se expandindo em termos de recursos humanos e materiais, pesquisas de graduação e pós-graduação e projetos de extensão, enfim, estudos e reflexões permeiam o trabalho procurando construir esta *práxis* que se descobre com a própria experiência. Mas todo começo é um pouco assustador para quem abre este caminho ou qualquer outro desconhecido. Morin (2000, p.81) relata que:

O surgimento do novo não pode ser previsto, senão não seria novo [...] A história avança, não de modo frontal como um rio, mas por desvios que decorrem de inovações ou de criações internas, de acontecimentos ou acidentes externos.

De uma forma bastante resumida, a Classe Hospitalar do HIJG teve sua trajetória assim percorrida: criada em setembro de 1999, tendo três estagiários/bolsistas do nível médio do magistério no atendimento à educação infantil até quarta série do Ensino Fundamental, em 2000 contava com uma professora graduada (efetiva da SED) e duas bolsistas, em 2002, mais uma professora efetiva para o atendimento nos leitos. Neste mesmo ano, esta modalidade de atendimento passou a se integrar como um dos programas da SED, atualmente contando com outras Classes Hospitalares no Estado. Em 2003 foi implantado o atendimento aos escolares de 5ª a 8ª série, com sala própria, duas professoras (português e ciências) e estagiários dos cursos de licenciatura da

⁸ CARDOSO, T. M. As Classes Hospitalares em Santa Catarina: caracterização. Florianópolis, 2006. (Trabalho não Publicado)

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) nas diversas áreas do conhecimento (matemática, inglês, geografia, ciências e educação física). Estes estágios tinham como objetivo principal desenvolver propostas metodológicas para as séries acima mencionadas, tendo os estagiários o compromisso de atuarem durante todo o semestre letivo neste campo. Em 2005, remanejou-se uma professora para o atendimento oncológico (unidade de internação e ambulatório), quarenta horas semanais, com o objetivo de uma interação maior com a equipe de saúde do hospital da referida clínica, bem como um contato mais sistemático com a escola de origem do paciente oncológico. Por esta razão, mais duas professoras com contrato de vinte horas semanais, integraram a equipe de professores. O quadro docente em 2005 era composto por seis professoras, todas da SED, que ficam à disposição da EEB Padre Anchieta (escola onde a Classe Hospitalar está vinculada), sendo que a coordenação está a cargo de uma pedagoga, do quadro da Secretaria de Estado da Saúde (SES), lotada no próprio hospital.

No período da coleta de dados para esta pesquisa, 2006, a equipe de professores da Classe Hospitalar do HIJG assim se distribuía: na educação infantil, uma professora no período matutino em sala de aula; nas séries iniciais do Ensino Fundamental, uma outra atendendo crianças individualmente ou em dupla (reforço escolar ou atividades que a escola encaminhava) no período matutino, e no vespertino, atendendo em sala; outra professora no atendimento às crianças nos leitos, sendo que mais uma professora atende às crianças com câncer na unidade e no ambulatório oncológico. Nas séries finais do Ensino Fundamental (5ª a 8ª série) as duas professoras atendem na sala de aula e nos leitos.

A equipe de professoras, juntamente com a coordenadora, reúnem-se duas vezes ao mês para discutirem temas, elaborarem planos de trabalho, refletirem sobre suas práticas, reverem encaminhamentos, etc.⁹. Reuniões de planejamento também ocorrem mensalmente para a elaboração de projetos de ensino. Materiais impressos são organizados e confeccionados para o acervo de atividades montados em pastas por série e disciplina. O HIJG já organizou e sediou o I Encontro Estadual de Classes Hospitalares em 2002 e está organizando, juntamente com a UFSC, o segundo que acontecerá ainda neste ano de 2007. Enfim, a busca pelo conhecimento está partindo do

⁹ As ações da coordenação, além das citadas acima, dizem respeito ao acompanhamento diário às professoras.

próprio grupo que, seja através de iniciativas individuais (cursos, inserção em grupos de estudos, pós-graduação, etc.) ou mesmo na organização de eventos, vêm crescendo enquanto profissional da educação inserido na saúde. Esta é uma exigência da própria realidade em que se está inserido: vindos de contextos diferentes, de experiências profissionais distintas, ou sem nenhuma experiência, *caindo de pára-quedas* em um ambiente distante da formação acadêmica. Há professores formados em pedagogia, em matemática, em língua portuguesa que, com exceção dos que inicialmente estagiaram, entraram no hospital sabendo muito pouco do que iriam fazer. No entanto, por meio das reuniões de planejamento, vêm se construindo com embasamento teórico e prático. Paula (2004) descreve que alguns professores têm conseguido vencer os desafios elaborando estratégias próprias e criando mecanismos criativos de atuação para lidar neste contexto atendendo a diversidade dos alunos. Enquanto outros, perpetuam práticas educacionais homogeneizadoras, excludentes e segregacionistas que não atendem a pluralidade e aos aspectos multiculturais que estão presentes nas Classes Hospitalares.

Entretanto, outras habilidades são fundamentais para se trabalhar nesse contexto, como por exemplo: conhecer a complexidade da realidade hospitalar (estrutura organizacional e algumas patologias mais comuns), trabalhar em equipe multiprofissional, saber escutar, ter criatividade, flexibilidade, dinamismo e, principalmente muita sensibilidade para trabalhar com crianças, adolescentes e familiares. O saber técnico é fundamental para desenvolver um bom trabalho, porém sem o *saber humano* não se permite um olhar que alcance o outro em toda a sua dimensão.

O trabalho pedagógico desenvolvido na Classe Hospitalar do HIJG tem como referencial a Proposta Curricular de Santa Catarina (1998), ou seja, a concepção

histórico-cultural de aprendizagem, a qual considera todos capazes de aprender e compreende que as relações e interações sociais estabelecidas pelas crianças e pelos jovens são fatores de apropriação do conhecimento. A semelhança com classe multisseriada, agrupando alunos de séries diferentes, além da rotatividade constante, pois a cada encontro forma-se um novo grupo, requer um planejamento diário que deve ter início, meio e fim, com propostas coletivas e intervenções individualizadas, conforme as séries em que os estudantes estão matriculados (1ª a 4ª e 5ª a 8ª séries).

Este agrupamento em níveis de ensino ocorre, sobretudo, em função do número de crianças e adolescentes em sala que tem, em média, seis estudantes.

A característica de classes multisseriadas nos hospitais é uma tendência pelo próprio contexto em que é desenvolvido o trabalho: poucos professores, espaços físicos limitados, adaptações curriculares, rotatividade de estudantes, grupos pequenos, entre outras. Este não deixa de ser mais um desafio para o professor de Classe Hospitalar, considerando que a necessidade de adaptações metodológicas é realizada constantemente, cabendo a este professor agrupar estudantes de contextos escolares diversos, diariamente. Já os atendimentos nos leitos, pelo menos no que se refere ao da Classe Hospitalar do HIJG, podem ser planejados, pois são realizados individualmente e por um período maior, permitindo um entrosamento entre o estudante, o professor e até mesmo a escola deste estudante. Nestes casos, são enviadas atividades das escolas permitindo que os conteúdos planejados pelo professor da Classe Hospitalar estejam direcionados para os mesmos.

Participar das atividades escolares no hospital deve partir do desejo da criança ou adolescente, já que o critério para esta participação diz respeito somente a liberação do profissional da saúde da unidade (médico ou enfermeiro). Desta forma, o convite é feito após a passagem do professor pelo balcão da enfermagem de cada unidade, certificando-se de que a criança ou adolescente está liberado para sair de sua unidade ou receber o atendimento no próprio leito. Costuma-se dizer que este convite deve ser sedutor, provocando a curiosidade e o interesse que possam desencadear o desejo que foi referido anteriormente. Muitos dos que são convidados negam-se de imediato, exigindo que o professor *provoque* um pouco mais, apresentando com maiores detalhes a proposta do dia, a dinâmica da aula, etc. Geralmente, após ter experimentado o primeiro dia, o retorno acontece, seja porque gostou da aula e/ou do professor, ou mesmo pelo fato do espaço desviar a experiência presente.

Os estudantes que freqüentam a Classe Hospitalar do HIJG são procedentes de várias regiões do estado, vindos de escolas com práticas diferenciadas, que vão desde escolas particulares, até rurais ou indígenas, o que evidencia uma diversidade cultural significativa. Marta K. Oliveira (1997) se refere a cultura como uma espécie de “palco

de negociações”, isso porque existe um movimento constante dos indivíduos de recriação e reinterpretação de informações, conceitos e significados. Ao conceituar aprendizado ou aprendizagem, a autora se expressa como o processo pelo qual o indivíduo adquire informações, habilidades, atitudes, valores, etc, a partir de seu contato com a realidade, o meio ambiente, e com outras pessoas.

A formação de um grupo novo diariamente requer uma flexibilidade no planejamento e na construção de estratégias diversificadas. Didática motivacional, respeito à individualidade e ao ritmo de cada um, materiais diversificados, são elementos essenciais na intervenção pedagógica. Porém, estabelecer uma relação de confiança, empatia e afeto são primordiais para despertar o interesse e a criação do vínculo. Esta interação deve iniciar-se já no convite para participar do atendimento, seja na sala de aula ou no leito. No momento em que a criança ou adolescente chega na sala de aula, a apresentação do espaço e dos colegas são os primeiros movimentos do professor na busca desta interação. Neste primeiro contato também é preenchido pelo professor os dados do estudante em uma ficha cadastral (ANEXO 3), que irá identificar alguns dados pessoais e da escola. As informações fornecidas pelo estudante não deixam de ser o primeiro diagnóstico para que o professor projete suas intervenções. A atividade motivacional é uma introdução do conteúdo planejado, despertando a curiosidade através de uma história, um relato, uma música, a observação de um objeto ou qualquer outro procedimento que seja instigador. Os estudantes são sensíveis às qualidades relacionais do professor, e isso determina, muitas vezes, o seu comportamento e a disposição para a aprendizagem. Assim se reportou o estudante:

Nós crianças, somos pacientes hospitalares e nossas professoras são pacientes educadoras. (L., 9 anos).

Mesmo com um roteiro pré-definido, com as atividades planejadas e elaboradas antecipadamente, a formação do grupo dirá como serão realizadas as intervenções e até mesmo, exigindo uma reformulação no planejamento, valendo-se de outras propostas. Para isto, ter um acervo de atividades já elaboradas permite que o andamento da aula ocorra sem desestabilizar o professor, ou seja, o professor lança mão de conteúdos relacionados às séries específicas dos estudantes, proporcionando um atendimento mais individualizado. Pode também recorrer a atividades que auxiliem o estudante em

conteúdos que encontra maior dificuldade ou, até mesmo, trabalhar com o material que o estudante trouxe de sua escola.

Muitas pessoas podem perceber o cotidiano escolar no hospital como *caos, desordem*, é o que sugere quando se fala em adaptação, em flexibilidade, porém por conta das contingências hospitalares os imprevistos são previsíveis. Deparar-se com situações em que é necessário rever e readaptar torna-se uma constante no trabalho. Ao professor não cabe ser mágico, mas ser criativo e dinâmico. Professores e estudantes criam e elaboram outras formas de ensinar e aprender. A não obrigatoriedade da frequência, a falta de uma avaliação quantitativa do rendimento do estudante e tantas outras especificidades, já expostas anteriormente, sugerem a construção de uma prática pedagógica com características próprias do contexto hospitalar.

Na ficha cadastral do estudante são realizados registros diários a respeito do que foi trabalhado e do seu envolvimento com o grupo e com os conteúdos trabalhados, sendo repassados à escola após alta hospitalar através de um relatório descritivo (ANEXO 4), desde que este tenha frequentado mais de três dias o atendimento. O contato telefônico com a escola, quando possível, também é efetivado após este período. As Classes Hospitalares no Estado são filiadas a uma Unidade de Ensino da Rede Estadual¹⁰, que dá amparo legal ao trabalho, sendo que os relatórios enviados às escolas (via correio) são assinados pelo diretor desta mesma Unidade. Relatórios semestrais também são produzidos, contendo dados estatísticos e pareceres do desenvolvimento do trabalho durante o período.

¹⁰ A escola em que a Classe Hospitalar está vinculada é selecionada pela proximidade com o hospital, ficando responsável pela contratação e rescisão de contrato dos professores, capacitação, assinatura dos relatórios enviados às escolas após atendimento na Classe Hospitalar.

1.4 – As inquietações que emergem.

Tantos olhares vão constituindo esta realidade que questionamentos surgem, debruçando-se sobre incertezas e inquietações. Esta pesquisa veio assim se compondo durante estes anos em que me atrevo a dizer que sou parte da construção desta história. Abrir espaço para a reflexão é um exercício que faz parte do cotidiano do trabalho. Abrir-se para outros ecos é um desafio que o pesquisador busca na intenção de compreender outros significados para o problema. E este é o meu desafio: **compreender como a escola regular traduz o trabalho realizado pela Classe Hospitalar com os educandos que retornam à escola, após a hospitalização.**

Por mais que o atendimento escolar nos hospitais tenha características próprias, não é isolado e nem mesmo autônomo. Atravessam-se sujeitos e instituições que compartilham interesses comuns e também distintos, muitas vezes, até contraditórios. Isto indica que não se pode pensar em trabalho desarticulado, mas em integração. Mesmo que ele ocorra sem esta integração, o que na prática é possível, é importante buscar elementos que contribuam para que o estudante, que é o personagem principal deste contexto, se (re)organize na vida escolar após período de hospitalização. O retorno para muitos destes estudantes é angustiante, pois *correr atrás do prejuízo* não é uma tarefa das mais fáceis, principalmente para quem esteve ou ainda está com sua saúde debilitada. Já para muitos professores, as condições precárias de trabalho, com turmas superlotadas, sem tempo e disposição até mesmo para planejar, não sugerem uma aproximação com as condições *extra-classe* de seus estudantes que, ausentando-se das aulas, muitos acabam sendo esquecidos.

Coordenando este Programa no HIJG desde sua implantação, ou mesmo antes, como instigadora de uma proposta de trabalho junto a SED, algumas questões emergiram inspiradas na disposição de pensar a Classe Hospitalar e a escola regular: a escola regular conhece o trabalho que é realizado na(s) Classe(s) Hospitalar(es)? Se conhece, considera-o como um espaço legítimo de aprendizagem? O que representa o professor no hospital para as escolas? Confesso que investigar a qualidade do atendimento oferecido na Classe Hospitalar e sua validade na continuidade do processo escolar era

minha preocupação central. No entanto, enviar um relatório do aluno e aguardar um retorno da escola sobre se é favorável ou indiferente ao atendimento que o estudante recebeu no hospital deixou de ser relevante como parâmetro para avaliar o trabalho¹¹. Nestes anos de funcionamento da Classe Hospitalar do HIJG o aguardo deste relatório tornou-se esquecido, já que foram poucos os retornos, deixando de ser significativo enquanto propulsor de ações integradoras.

A experiência em campo, mediatizada pela minha própria história e pelos autores que travei contato no percurso do mestrado, me apontou que a validade do atendimento é, por ele próprio, legítimo. Desta maneira, o que busco nas escolas não se volta mais a um referendo sobre a qualidade do trabalho desenvolvido na Classe Hospitalar do HIJG; antes desejo perceber quais ressonâncias este trabalho tem para as escolas.

A falta de interação entre estas duas instâncias, ou mesmo o *descompromisso* da escola de origem do estudante em manter um intercâmbio com a Classe Hospitalar me levou a levantar algumas hipóteses que considerei como norteadoras do trabalho:

1. As escolas desconhecem o trabalho realizado nas Classes Hospitalares, independente de haver estudantes seus que a freqüentaram e de terem recebido relatórios sobre as atividades desenvolvidas;
2. Para as escolas, o fato de a Classe Hospitalar não seguir o currículo adotado por elas, pode significar o não alcance dos objetivos pelos estudantes;

¹¹ Em 2004, o relatório de um grupo de estagiárias do Curso de Pedagogia da Ufsc que tinha como objetivo verificar o não retorno à solicitação de avaliação por parte do HIJG evidenciou “profundo desconhecimento por parte das escolas do trabalho pedagógico realizado no interior do HIJG – as escolas com estudantes internados passaram a ter conhecimento da existência da Classe a partir do relatório recebido, contudo a multiplicidade de atividades, tarefas e acontecimentos no cotidiano da escola parece que a impede de ler com a devida atenção o relatório e muitas delas desconheciam a solicitação de retorno. Houve caso de a escola, procurar o relatório e só então, admirada, conhecer o trabalho que foi desenvolvido com seu estudante no período de internação, acreditava que no relatório constavam dados sobre a saúde do educando. Um outro dado importante foi a constatação de que alta hospitalar nem sempre coincide com alta médica e, por vezes, o relatório chega na escola e a criança ainda permanece em casa por um longo período e, sem a criança a escola não consegue avaliar o trabalho desenvolvido na Classe”. (CARDOSO, 2007, p. 10).

3. A visão que a sociedade tem em relação às instituições hospitalares, reconhecendo-a, exclusivamente, como de assistência à saúde;
4. Legitimar a Classe Hospitalar é se auto-deslegitimar do papel que a ela (escola) é atribuído enquanto autoridade educacional.

Penso que é de competência e responsabilidade da SED mediar a interação entre escolas e Classes Hospitalares no estado, informando e esclarecendo aos professores das escolas da modalidade de atendimento oferecido nos hospitais, que tem intuito educacional, e da possibilidade de um trabalho mais integrado. Um parecer da escola não deixa de ser favorável para que se possa avaliar e incrementar o trabalho realizado no hospital, sendo que para isto é necessário que sejam estabelecidos canais de comunicação entre estas esferas durante e após a hospitalização. O desconhecimento do trabalho é evidente quando a escola, ao receber o telefonema da professora da Classe Hospitalar, responde com surpresa e curiosidade, ao mesmo tempo em que demonstra ansiedade sobre o estado de saúde de seu aluno. O que não deixa de ser significativo, pois sabemos o quanto a fragilidade da saúde sensibiliza e solidariza as pessoas. Mas o diálogo proposto pela professora da Classe Hospitalar diz respeito às questões escolares, informando do atendimento que o mesmo está recebendo, da possibilidade da escola estar enviando materiais com atividades que gostaria que fossem realizadas (nos casos de hospitalização mais prolongada) e do relatório que a escola receberá após a alta hospitalar de seu aluno.

Muitas das enfermidades que a criança apresenta têm como consequência o seu afastamento da escola, atraso na aprendizagem, ou até mesmo perda do ano letivo. É o caso de crianças com internações recorrentes e/ou prolongadas que, por estarem freqüentemente dentro de hospitais ou mesmo em domicílio, impossibilitadas de retornarem à escola, não acompanham o ano letivo. Entretanto, estar hospitalizado por um curto ou longo período sempre representará mudanças no cotidiano da criança, afastando-a de sua família, do grupo de amigos, vizinhos, escola, muitas vezes, exigindo dietas, reclusão, ou outros fatores desencadeados por um problema de saúde. Se o afastamento é ainda prolongado ou recorrente, torna-se mais doloroso.

Por isso, a importância do amparo às necessidades escolares, protegendo a criança e o adolescente no seu desenvolvimento. Existe uma multiplicidade de leis garantindo-lhes apoio e assistência, entretanto o seu cumprimento ainda está longe de ser qualificado como satisfatório. Mesmo estando previsto por lei o direito do atendimento escolar nos hospitais ainda falta o compromisso político desta garantia. Daí a participação de cada um de nós, principalmente profissionais da educação, em abrir este universo ainda pouco explorado, refletindo, discutindo, pesquisando e desenvolvendo ações que respeitem os direitos de ser sujeito. Ao propiciar atendimento escolar à criança hospitalizada, acredita-se estar garantindo a continuidade deste processo como forma de manutenção das atividades para que, ao retornar à escola de origem, ela consiga acompanhar o desenvolvimento da turma. Se falarmos em processo, estamos falando em percepção do todo, em articulação.

A SED é responsável pela administração educacional do estado, seja através de políticas públicas ou pela administração de pessoal. Considero ser de fundamental importância a participação da mesma na mediação entre as duas esferas – hospital e escola regular. Em Santa Catarina, por ser a SED gestora do Programa, conta com profissionais responsáveis pela coordenação das Classes Hospitalares do estado. As Gerências de Educação, que se distribuem em todo o estado¹², também têm papel fundamental nesse processo por se aproximar tanto das escolas, quanto das Classes Hospitalares. Concluindo, é necessário que sejam estabelecidos canais de comunicação entre o hospital e as escolas durante e após a hospitalização, a fim de promover a reintegração do estudante em seu contexto escolar, pois um parecer da escola e investigações sistemáticas são importantes para que possamos avaliar e incrementar o trabalho realizado no hospital.

As crianças e os adolescentes que frequentam a Classe Hospitalar estão, em sua maioria, vinculados a uma escola regular, que se estrutura sob uma organização pré-estabelecida, com professores, turmas, horários e planejamentos disciplinares que determinam o seu cotidiano. Quero reforçar aqui que este estudante que hoje está na Classe Hospitalar pertence a um contexto escolar maior, pelo menos é o que se espera, e se tentamos nos aproximar da dinâmica escolar, é necessário que tenhamos uma integração com a

¹² Totalizando trinta e duas Gerências.

escola, já que o retorno a esta é o previsível. Temos como sujeito do nosso trabalho o mesmo estudante.

Partindo desta explanação, não podemos pensar em educação compartimentada, mas em processo. Morin (2000, p.40-1) chamou de *enfraquecimento da responsabilidade* quando cada um se prende ao seu trabalho, sendo responsável àquilo que lhe diz respeito. Para ele,

O enfraquecimento da percepção do global conduz ao enfraquecimento da responsabilidade (cada qual tende a ser responsável apenas por sua tarefa especializada), assim como o enfraquecimento da solidariedade (cada qual não mais sente os vínculos com seus concidadãos).

Significa que não se pode estar preso a um mundo em que não seja possível escutar outras vozes e olhar de diferentes lugares permitindo-se cruzar experiências, compartilhando caminhos, abrindo para o que é diferente, descobrindo novas coisas, pessoas, situações.

1.5 – A construção da pesquisa.

Ao ingressar como profissional da educação no âmbito da saúde me lancei no desafio, juntamente com a equipe pedagógica do hospital, de construir um espaço escolar com o intuito de preservar o vínculo da criança e do adolescente hospitalizado com o contexto escolar. Já existiam atividades recreativas, de estimulação essencial, ambulatório de dificuldade de aprendizagem e, até mesmo, certo elo com algumas escolas para informar e orientar quanto aos encaminhamentos após alta hospitalar que, de certa forma, tranquilizavam as crianças e adolescentes que se preocupavam por estarem ausentes das escolas.

Esse foi o primeiro desafio: construir uma “escola dentro do hospital”. Tínhamos claro desde o início que a escola tem características que só a ela são exequíveis, que os objetivos de cada instituição – escola e hospital – são, até certo ponto, distintos. Objetivamente, o primeiro tem como foco o desenvolvimento cognitivo, já o segundo, a saúde física e orgânica, o que pode, a um só tempo, suscitar contradição e apresentar-se

de forma harmônica no sentido de conservar a integridade e a integralidade do sujeito. Desta forma, a proposta foi se construindo e, em alguns momentos, também se desconstruindo, com a finalidade de se adequar a esse contexto.

Delineando o caminho da investigação do tema de estudo, me reporto para o início desta busca, que não foi em uma data específica, nem em uma avaliação pontual, mas no decorrer deste processo. Desde os primeiros ensaios para a implantação deste programa no hospital, em 1999, as dúvidas em relação a esta prática no dia a dia foram complexas, em que me via entre ensaios, erros e acertos. “Criar” algo de tamanha importância, que é o atendimento escolar hospitalar, a partir do que se pensava ou da escassez bibliográfica¹³ que se havia produzido até aquele momento não era tarefa fácil.

1.5.1 – Trajetória da Pesquisa.

O cotidiano é uma ótima matéria-prima para se trabalhar a realidade e criar o novo. Este cotidiano pode ser abordado de perspectivas diferentes, o importante é saber ouvir e interpretar os ruídos que os problemas provocam no nosso dia a dia, ou seja, começar o processo problematizando o cotidiano, escutando os ruídos. Estou inserida nesta vivência, envolvida com os sujeitos da pesquisa, direta ou indiretamente¹⁴. Para Minayo (1998, p. 17) a pesquisa vincula pensamento e ação, ou seja, “nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática”. Coordenando o Programa desde sua implantação, ou mesmo antes, como instigadora de uma proposta de trabalho junto a SED, foram surgindo inquietações por não haver uma interação entre o hospital, mais especificamente a Classe Hospitalar, e as escolas. Após sete anos de funcionamento da Classe Hospitalar do HIJG ainda é precário o conhecimento das escolas referente a esta modalidade de atendimento. Isso se traduz nas repetências por falta, na dificuldade em avaliar (dar nota) o aluno, nas adaptações curriculares, e no atendimento domiciliar.

Nesta pesquisa procurei dar prosseguimento às reflexões desta prática, cuja preocupação central foi sempre a de investigar a qualidade do atendimento oferecido na Classe

¹³ No Brasil, as publicações se restringiam, principalmente, as pesquisas de Fonseca e Ceccim.

¹⁴ Indiretamente com as escolas em que os alunos estão matriculados.

Hospitalar e sua contribuição na continuidade do processo escolar daqueles que a frequentam. Algumas questões são relevantes para pensar a Classe Hospitalar: a escola regular reconhece a Classe Hospitalar como um espaço legítimo de aprendizagem? O que representa para a escola o professor no hospital? Como pensar em um espaço dentro do hospital que esteja articulado com a escola de origem do estudante hospitalizado? Pesquisar e refletir a partir destas questões pode contribuir para a construção de uma prática pedagógica com diretrizes mais claras e pontuais, do ponto de vista metodológico.

Toda investigação se inicia por um problema, levantando-se um questionamento que instigue o pesquisador na busca de respostas aproximadas. Estas respostas estão sempre ancoradas nas teorias já construídas anteriormente. “O cientista contemporâneo trabalha dentro de uma grande cadeia de conhecimentos, confrontando de maneira bem pontual fatos ou teorias que outros colegas puseram em evidência antes dele”. (RESTREPO, 1998, p.41). Já Morin (2003, p.24), nos aponta que “teoria não é conhecimento, mas permite o conhecimento, é a possibilidade de tratar um problema, e acrescenta, teoria e método são dois componentes indispensáveis do pensamento complexo”.

Lancei-me, então, no desafio de refletir sobre o trabalho que vem se desenvolvendo neste hospital a partir do objetivo central: **compreender como a escola regular traduz o trabalho realizado pela Classe Hospitalar com os educandos que retornam à escola, após a hospitalização**. A prática me fez pensar sobre algumas questões que me subsidiassem neste caminho que venho percorrendo, mesmo tendo consciência de que, em muitos momentos, direcionava estas implicações para o que eu gostaria de ver/ouvir.

A legitimidade do trabalho já foi apontada na literatura por vários autores, mesmo quando abordados apenas como benéficos e terapêuticos na diminuição das tensões causadas pela hospitalização. O que desejo com esta pesquisa é perceber quais as ressonâncias (ou de constatar se elas realmente existem) que o atendimento escolar desenvolvido na Classe Hospitalar do HIJG possa ter no retorno da criança à sua escola de origem. Desse modo, é à escola que me reporto buscando respostas aos objetivos específicos desta pesquisa, quais sejam: **Perceber as impressões da escola regular sobre o atendimento escolar hospitalar; Refletir sobre as possíveis implicações do**

atendimento no retorno do estudante; Apreender as expectativas dos profissionais da escola em relação ao atendimento escolar hospitalar.

Portanto, é uma aproximação com os possíveis resultados que o trabalho desenvolvido na Classe Hospitalar possa oferecer ao estudante no retorno ao cotidiano de sua escola. Ou seja, acredito ser esta uma outra forma de compreender o trabalho na Classe Hospitalar, a partir do olhar da escola. Refiro-me a aproximação, pois nos aponta Restrepo (1998, p.40) “o cientista está sempre voltado para um saber parcial, para um campo empírico delimitado (...)”.

Procurando entrelaçar as linguagens que estão incorporadas no espaço escolar àquelas construídas na experiência de atendimento educacional que ocorre no âmbito hospitalar, esta pesquisa teve como panorama escolas em que estudantes que passaram por hospitalização e freqüentaram a Classe Hospitalar do HIJG, estavam regularmente matriculados. Foram, no total, cinco escolas, sendo três da Rede de Ensino Estadual, uma da Rede Municipal de Florianópolis e uma outra da Rede Particular. A escuta dos diretores, professores, supervisores e orientadores pedagógicos, centrou-se na compreensão que os mesmos tinham do atendimento educacional que é realizado nos hospitais. A entrevista foi eleita o principal procedimento metodológico de investigação, acreditando ser a melhor forma de atender as demandas deste trabalho. Alguns estudantes que estavam freqüentando a Classe Hospitalar também foram escutados, procurando apreender o sentido que dão a esse atendimento e das relações que estabelecem com suas escolas.

Mesmo tendo clareza da importância de se fazer entrevistas que cubram todo o leque do meio pesquisado, a escolha das escolas teve como critério aquelas que tinham estudantes com freqüência maior na Classe Hospitalar. Esta freqüência, considerada significativa por mim, ultrapassa duas semanas. Geralmente, uma criança que freqüenta a Classe Hospitalar neste espaço de tempo, teve sua permanência no hospital ainda maior. Interessa-me também investigar aqueles estudantes que têm recorrentes internações, nos casos de doença crônica, e que passam pela Classe Hospitalar de forma sistemática.

O número de estudantes que freqüentam a Classe Hospitalar do HIJG por um tempo superior a duas semanas não é tão elevado. Durante o ano de 2006, ano em que foi realizada a pesquisa, tivemos 10% de crianças e adolescentes residentes na Grande Florianópolis e 14% de outros municípios do estado. Embora o HIJG, como hospital de referência no estado, atenda um número expressivo de pacientes vindos de outras regiões do estado, com longos períodos de internação, e que necessitam de tratamentos especializados, para este estudo optei em delimitar a coleta de informações em escolas pertencentes a Florianópolis e a municípios próximos (São José, Palhoça, Biguaçu), de modo a facilitar o deslocamento e possíveis retornos para complementação dos dados.

Procurando tecer um panorama que permitisse compreender as diferentes percepções dos profissionais envolvidos, foram escutados, individualmente, dez profissionais das cinco escolas, dois de cada uma delas, sendo um especialista (coordenador, administrador ou supervisor escolar) e um(a) professor(a), com agendamentos prévios e duração média de quarenta e cinco minutos cada entrevista. O quadro abaixo apresenta as principais características dos sujeitos entrevistados. Nele utilizo-me de códigos de identificação, ou seja, nomes fictícios, de modo a preservar suas identidades.

Sujeito	Sexo	Escola	Formação	Caracterização
Flávia	F	A	Pedagoga	Supervisora Escolar
Regina	F	A	Pedagoga	Professora
Fernanda Thais	F	A	Cursando 4ª série	Estudante
Cristina	F	B	Pedagoga	Orientadora Educacional
Júlia	F	B	Pedagoga	Professora
Marcos Gustavo	M	B	Cursando 3ª série	Estudante
Marina	F	C	Pedagoga	Assistente Téc. Pedag.
Gabriela	F	C	Pedagoga	Professora LP
Guilherme Davi	M	C	Cursando 5ª série	Estudante
Carlos	M	D	Administrador	Administrador Escolar
Cláudia	F	D	Licenciatura história	Professora história
Paulo	M	D	Cursando 7ª série	Estudante
Alessandra	F	E	Pedagoga	Orientadora Educacional
Edson	M	E	Licenciatura GEO	Professor geografia
Patrícia	F	CH*	Cursando 5ª série	Estudante

Fonte: dados da pesquisa

*Classe Hospitalar

Os familiares e estudantes que diretamente estariam envolvidos nas entrevistas foram informados, no momento em que iram receber alta hospitalar, da ida às escolas, e esclarecidos do objetivo da pesquisa. Iniciei a pesquisa realizando entrevistas também com familiares que mais acompanharam a criança ou adolescente durante a internação.

Contudo, alguns ajustes e modificações ocorreram, tanto na construção do próprio objeto de estudo, quanto na abordagem da pesquisa de campo, configurando-se como secundário o abarcamento dos familiares quando meu intuito maior era a percepção da escola em relação ao atendimento educacional no hospital. Além dos estudantes selecionados, conforme já especificado nos critérios, outros, que estavam ainda no hospital para tratamento, tiveram a oportunidade de se expressarem através da própria fala ou de registros escritos. Estes relatos são fruto da espontaneidade e disposição destes estudantes em tratar do tema escola, principalmente em se referir ao professor que tem papel fundamental nesta relação dialógica, buscando tecer compreensões e relações que este atendimento trouxe como significado desta vivência.

As entrevistas eram agendadas por telefone com, pelo menos, uma semana de antecedência e gravadas em áudio. Nos primeiros encontros seguia o roteiro que ficava em minhas mãos, porém percebi que este procedimento não deixava os entrevistados a vontade para discorrerem mais sobre as questões, o que restringia a entrevista a questionamento e resposta direta. Quando optei por “conversar”, deixando que expressassem suas impressões sobre o tema, percebi que muitos relatos ou questionamentos fluíam com maior naturalidade e segurança. Somente uma escola não aceitou a gravação em áudio, justificando que ficava mais à vontade sem este recurso. Portanto, a síntese feita das falas dos educadores desta, não foi utilizada como citação.

1.5.2 – A entrevista como suporte para a coleta de informações.

Tendo como referência este contexto, optei como aporte à investigação a entrevista semi-estruturada ou entrevista compreensiva¹⁵, dentro de uma perspectiva qualitativa, que possibilitasse a compreensão da realidade estudada, tendo consciência de seus limites, pois nenhum método dá conta de captar o problema em todas as suas dimensões. Merhy (2006, p. 134), nos alerta que precisamos nos preparar para a ação tendo claro que:

¹⁵ A entrevista compreensiva é uma linguagem da Sociologia Compreensiva, em oposição ao positivismo, que coloca como tarefa central das ciências sociais a compreensão da realidade humana vivida socialmente, tendo o significado como conceito central de investigação. Sociologia Compreensiva propõe a subjetividade como o fundamento do sentido da vida social e defende-a como constitutiva do social. Esta corrente tem como fundamento compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. (MINAYO, 1998).

Para este processo é importante considerarmos que todo ator tem uma visão parcial da realidade. Isto porque um ator em situação sempre está imerso em uma cegueira situacional, ou seja, há ângulos da realidade que ele desconhece e, portanto, não consegue inferir, não pode nem prever. E uma maneira de manejar esta cegueira é incorporar a visão dos outros nos seus cálculos, melhorando, assim, o resultado de sua ação.

A metodologia, segundo Minayo (1998, p.16), inclui “as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador”. Para a autora, endeusar as técnicas produz ou um formalismo árido, ou respostas estereotipadas. O que não significa seu desprezo, pois aí se corre o risco ao empirismo sempre ilusório em suas conclusões, ou a especulações abstratas e estéreis. A escolha por uma abordagem qualitativa se deve por acreditar que não é possível se fazer pesquisa sem trazer consigo uma carga de valores, em que permeiam interesses e preferências, porém que não deixam de ter sua validade como conhecimento por apresentar-se com rigor e seriedade.

Citando novamente a autora (MINAYO, 1998), a investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais do pesquisador a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos. Seus instrumentos costumam ser facilmente corrigidos e readaptados durante o processo de trabalho de campo, visando à finalidade da investigação. A pesquisa qualitativa não pode ser quantificada. Trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

O rumo da entrevista é único, num tipo particular de contexto, pois jamais é empregada exatamente da mesma forma considerando as peculiaridades de cada situação, em que os contornos vão delineando descobertas que a própria realidade pesquisada proporciona. Como cada estudo é tratado como único, singular, a possibilidade de generalização passa a ter menor relevância.

Uma das características da pesquisa qualitativa, dentro destes moldes, é permitir a construção da problemática de estudo durante o seu desenvolvimento, o que significa a não rigidez na sua estrutura, permitindo que haja alterações conforme o direcionamento

que se quer dar à investigação, ou seja, a pesquisa refaz-se constantemente no próprio processo de investigação. Para isto, utiliza-se de um planejamento flexível.

Dentro dessa abordagem, Zago (2003) evidencia que o pesquisador se apropria da entrevista não como uma técnica que transpõe mecanicamente para uma situação de coleta de dados, mas como parte integrante da construção sociológica de estudo. Isto não significa falta de formalismo ou de objetividade, como se o espontaneísmo fosse o carro chefe para a condução da entrevista, antes que o pesquisador se interesse pela riqueza de material que descobre, quais técnicas estão em sintonia com a proposta, mas também com fundamentos e processos, nos quais se apoia a reflexão. A autora acrescenta que:

A margem de liberdade necessária à produção do discurso não corresponde a uma condução anárquica da entrevista. A flexibilidade faz parte da lógica do método qualitativo e da entrevista compreensiva, mas é importante demonstrar, na sua condução, aonde o pesquisador quer chegar. (ZAGO, 2003, p.303).

Para isto, o roteiro torna-se um instrumento importante que irá auxiliar o pesquisador nesta condução, mesmo tendo claro que não pode estar restrito a ele, exigindo certos ajustamentos, redefinições e constante análise com o intuito de verificar se os objetivos estão sendo alcançados. O domínio da entrevista vai se consolidando à medida em que a entrevista avança.

A relação entre entrevistador e entrevistado exige um grau de confiança em que, muitas vezes, se expressa na relação de cumplicidade. A posição de entrevistador pode ser interpretada como de neutralidade, porém este também é um ser humano e, portanto dotado de sentimentos que permeiam essa relação. Bourdieu (1997) assinala que se deve admitir que, paradoxalmente, só é “espontâneo” o que é construído, mas por uma *construção realista*, indo contra a ilusão de procurar a neutralidade na anulação do observador. A interação pode determinar o desenvolvimento da entrevista e a natureza das informações produzidas, pois a confiança é condição essencial para a coleta de dados. É importante ressaltar que esta confiança vai sendo pouco a pouco construída. Zago (2003, p.303) nos alerta para alguns cuidados que o entrevistador deve ter para que a confiança se estabeleça:

Desde o momento inicial é fundamental esclarecer os objetivos da pesquisa, o destino das informações, o anonimato de pessoas e lugares, além do horário do encontro e tempo provável de duração. Esses esclarecimentos e compromissos fazem parte do acordo inicial entre pesquisador e pesquisado, que é preciso respeitar. Também não são sem importância a apresentação pessoal do pesquisador e a maneira como desenvolve a entrevista, isto é, a dinâmica de sua condução.

Tendo claro os objetivos do trabalho, ao mesmo tempo em que se sente seguro com a presença do pesquisador, o entrevistado colabora naturalmente com as questões apresentadas, acrescentando também outras informações que, provavelmente, irão enriquecer ainda mais o objeto de estudo, pois o encontro como um todo faz parte do processo de construção da entrevista. Numa conversa despretensiosa podem surgir dados importantes. É preciso escutar as vozes e os silêncios, buscando compreendê-los na sua complexidade e não apenas em momentos isolados e descontextualizados. Antes de ficar preso a velhos princípios metodológicos sobre as técnicas, é importante não perder de vista elementos que vão se construindo às várias realidades. Morin (2003, p.18) nos aponta que:

(...) é possível uma concepção de método como caminho, ensaio gerativo e estratégia “para” e “do” pensamento. O método como atividade pensante do sujeito vivente, não-abstrato. Um sujeito capaz de aprender, inventar e criar “em” e “durante” o seu caminho.

Valer-se desta forma de encarar o método, significa que dificilmente a pesquisa acontece conforme foi planejada, pois vai se constituindo durante a experiência. A condução da entrevista vai se estruturando a partir da observação cuidadosa do entrevistador que, a partir das manifestações de interesse do entrevistado, considerado este de lugar central, explora de maneira mais real a relação de comunicação. O entrevistador se libera de formulações prefixadas, para introduzir perguntas ou fazer intervenções que visem a abrir o campo de explanação do entrevistado ou a aprofundar o nível de informações ou opiniões. Ainda que a relação de pesquisa se distinga da maioria das trocas da existência comum, já que tem por fim o conhecimento, ela continua, apesar de tudo, uma relação social que exerce efeitos sobre os resultados obtidos. (BOURDIEU, 1997).

CAPÍTULO II

Tramas na construção do tema de estudo

Somos ternos quando abandonamos a arrogância de uma lógica universal e nos sentimos afetados pelo contexto, pelos outros, pela variedade de espécies que nos cercam. Somos ternos quando nos abrimos à linguagem da sensibilidade, captando em nossas vísceras o prazer ou a dor do outro... (RESTREPO, 1998, p.84).

Neste capítulo procurei trazer os estudos realizados sobre o atendimento educacional efetivado nos hospitais, buscando referenciais para a compreensão das várias *práxis* pedagógica que são desenvolvidas. Estas leituras revelaram o quanto os profissionais/pesquisadores estão abrindo caminhos no sentido de promover o desenvolvimento da criança e do adolescente hospitalizado, pautando-se no respeito e atenção integral à saúde.

O desafio de estudar o mundo dos objetos teóricos, visando explicitar seus pressupostos e as suas implicações, exigiu de mim, como pesquisadora, um aprofundamento teórico que me permitiu enxergar além das aparências imediatas, ou seja, de uma realidade objetiva. O acesso ao real implica um processo de construção dos objetos de estudo, numa relação interativa entre a “investigação” e o mundo material, concreto. (CANÁRIO, 1996). A atribuição de significados teóricos me foi possível a partir do diálogo com autores que provocaram em mim vicissitudes e que agenciaram a construção de pensamentos e idéias, desafiando o pensamento redutor, fechado, descobrindo e explorando outros sentidos.

2.1 – Atendimento educacional hospitalar.

As pesquisas de Pós-Graduação na área, tanto através de dissertações de mestrado como teses de doutorado, têm ampliado as discussões das modalidades de atendimentos existentes, promovendo uma maior compreensão dos trabalhos no que diz respeito às

propostas educativas e formação de professores. Da mesma forma, as pesquisas realizadas através do Programa CNPq ou outras agências de fomento também vêm contribuindo com essas discussões¹⁶.

As características próprias do atendimento escolar hospitalar, seja pela condição de fragilidade em que as crianças/adolescentes se encontram, pelo agrupamento de alunos de diferentes séries (classes multisseriadas) ou pelos contextos escolares diversos, exigem a construção de um fazer que leve em conta esses aspectos. Além de outros, como o trabalho multiprofissional, a convivência entre os profissionais e os familiares compartilhando, no dia a dia, ansiedades, sofrimentos, tristezas e alegrias, as peculiaridades da doença (dor, febre, aparelhos hospitalares, entre outros), tiram de cena aquele professor que conhecemos através de nossas próprias experiências enquanto alunos, ou mesmo pela nossa formação acadêmica.

A pesquisadora Linheira (2006), em sua dissertação de mestrado, buscou investigar a viabilidade do estudo de ciências, do ponto de vista da aceitação e da curiosidade, para um grupo de estudantes que freqüentavam a Classe Hospitalar de 5ª a 8ª série do HIJG, no sentido de contribuir na construção de uma nova postura dos mesmos, diante da hospitalização humanizada e libertadora, através da alfabetização científica. A perspectiva da Alfabetização Científica e Tecnológica (ACT) proposta por G. Fourez (1994) foi escolhida pela pesquisadora como arcabouço teórico para ancorar o desenvolvimento de propostas metodológicas da disciplina de ciências no ambiente hospitalar, para estudantes hospitalizados de 5ª a 8ª série. Ressalta que o contexto hospitalar é rico para se construir e discutir o uso adequado dos modelos apresentados pelo referido autor, sugerindo que os equipamentos utilizados em procedimentos permitem o estudo da biologia, física, química e matemática.

Conforme Linheira, a ACT tem como objetivo desenvolver no indivíduo competências

¹⁶ Este é o caso da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) que se aproximou da Classe Hospitalar do HIJG através de estágio curricular do curso de pedagogia e, posteriormente, do Grupo de Estudos e Pesquisas Processos de Escolarização em Ambientes Hospitalares formado em 2003, que mantém diversos projetos em diferentes áreas do conhecimento – pedagogia, matemática, educação física, ciências e língua estrangeira: inglês. Essa parceria entre hospital e universidade promoveu também pesquisas de Pós-Graduação nas áreas de ciências e matemática, buscando subsídios para desenvolver conteúdos e metodologias nas séries finais do Ensino Fundamental (5ª a 8ª séries).

para torná-lo crítico e autônomo, o que favorece na apropriação adequada de conceitos científicos e entendimento de seus limites. Para ela, a Classe Hospitalar pode contribuir também para o entendimento de alguns aspectos relativos a hospitalização, ou seja, para a articulação entre os saberes escolares e os saberes cotidianos diante das situações, como a infecção hospitalar. A proposta da autora não é a de focar a doença, mas de utilizar a experiência da hospitalização como ferramenta metodológica na abordagem de conteúdos escolares. Nas palavras da pesquisadora:

O tema corpo humano é capaz de fomentar diversas relações com a hospitalização, e acima de tudo é curricular do ensino de ciências. A radiografia e a ressonância magnética, além de permitir o estudo da física, oferecem a possibilidade do professor de ciências trabalhar aspectos históricos relativos à descoberta dos raios e à atividade dos cientistas. (LINHEIRA, 2005, p. 89).

Este é somente um exemplo de como os conteúdos curriculares podem ser desenvolvidos partindo da problemática da hospitalização. Ao mesmo tempo, a autora ressalta que o ensino de ciências em Classes Hospitalares não deve limitar-se apenas a conteúdos que favoreçam conhecimento e autonomia diante da hospitalização.

Algumas Classes Hospitalares no Brasil apontam a doença, ou a clínica, como aporte para a proposta do currículo escolar, propiciando ao aluno com doença crônica as informações e compreensão a respeito da doença (o que é, sintomas, características, etc.) e do doente (tratamentos e cuidados). Considerando essa forma de interação, algumas questões devem ser pontuadas, como por exemplo, se o aluno quer falar sobre sua doença neste espaço, ou ainda, se o profissional da educação, atendendo crianças de diversas clínicas, como é o caso do HIJG, têm competência sobre os saberes médicos e hospitalares necessários para abordarem sobre o assunto. As fronteiras entre os profissionais no hospital são tênues, o que muitas vezes gera conflitos nas equipes multidisciplinares. Os diversos saberes estão intrinsecamente relacionados e devem se complementar, buscando uma integralidade da criança, porém, cada qual com sua especificidade.

Trago aqui uma experiência que vivenciei junto à Classe Hospitalar do HIJG, quando um estudante, observando o aspecto físico do colega na sala (já em estado avançado do

câncer), perguntou, dirigindo-se ao professor, o que o colega tinha. O professor, como já é uma prática nesta Classe Hospitalar, orientou para que o educando fizesse a pergunta diretamente ao colega, deixando claro que se o mesmo não quisesse responder, deveria respeitá-lo. Esse então perguntou: *o que tens?* E o colega respondeu: *tenho braços, pernas, cabeça, corpo...* Mesmo tendo consciência de que não devemos nos deter nos casos isolados, é importante que estejamos atentos às ressonâncias que nos atravessam. O fazer do profissional da educação na Classe Hospitalar se funda no conhecimento, na aprendizagem, contudo não pode esquecer que está em um espaço que ainda é obscuro e, muitas vezes, desarticulado. Dessa forma, vale a pena refletir: essas crianças/adolescentes querem ser vistos como “pacientes” também pelo professor? Ou no momento em que vão para a sala de aula no hospital querem esquecer todo o aparato médico e de enfermagem?

Certa vez, ouvi um relato de uma experiência em hospital na Alemanha, onde equipe interdisciplinar desenvolve trabalho com pacientes de determinada clínica (paciente crônico), ficando a criança no próprio hospital para receber toda a informação e vivência do tratamento (medicação, dieta, cuidados com a higiene, etc.), até que tenha autonomia para cuidar de si própria. Confesso que me senti seduzida pela experiência, mas penso que existem muitos fatores que permeiam essa prática como, por exemplo, a articulação da equipe e o suporte físico e material da instituição, o que considero ainda muito frágil na maioria dos hospitais brasileiros¹⁷.

Nas publicações sobre as práticas pedagógicas em hospitais (artigos, dissertações e teses), constata-se uma variedade dessa *práxis*, o que nos leva a crer que alguns dos fatores desencadeantes sejam a formação dos profissionais (até mesmo de áreas diferentes), a estrutura hospitalar, as políticas educacionais, quer em âmbito estadual ou municipal, entre outros. Isso leva os profissionais da educação que atuam no âmbito hospitalar, a correntes pedagógicas até mesmo distintas – cognitivas e lúdicas. Na prática, essas formas de atuação se distinguem pelo tipo de atividade que são propostas. Enquanto a primeira prioriza as atividades escolares, contemplando conteúdos do currículo formal, como expressado pelo trabalho de Linheira (2006), a segunda

¹⁷ Esta é uma constatação à partir das falas de muitos profissionais da educação que atuam nos hospitais, seja nas apresentações de trabalho ou nas trocas informais, que se dão, principalmente, nos Encontros da área.

compreende atividades recreativas, com o intuito de proporcionar o bem estar físico e emocional do paciente.

Seguindo esta última linha de pensamento encontra-se a professora Dra. Regina Taam (1997), a qual sugere a construção de uma prática pedagógica com características próprias do contexto, tempos e espaços hospitalares que, conforme a mesma, pode ser denominada como *pedagogia clínica*. Segundo ela, o objetivo é a recuperação da saúde e o professor é mais um profissional dentro do hospital para contribuir com tal objetivo.

A maioria das pesquisas sobre Classes Hospitalares, não traz como objeto a discussão sobre qual a melhor abordagem pedagógica para o trabalho com as crianças/adolescentes hospitalizados. Busquei nas leituras, priorizar a reflexão que fazem sobre a relação de aprendizagem e sobre a relação professor/criança.

Nesse sentido, a pesquisa de Camacho (2003) aborda o aprender como o enfrentamento da doença câncer por crianças entre 0 e 17 anos na instituição hospitalar, internadas e submetidas a intervenções médicas por períodos prolongados. O aprendizado torna-se instrumento de sobrevivência na relação com o meio em que se vive, remetendo-se a aprender conteúdos do seu existir. Este aprender se reveste de necessidade e de desejo, pois como coloca a autora, *é no desejo que projetamos nosso existir*. Acrescentando,

A criação de sentidos constitui o núcleo do processo de aprendizagem desse ser-criança no espaço/tempo da doença câncer. O que move – dá sentido – a este aprender é a presença de desejos, escolhas, conflitos e, principalmente, o confronto com a morte. Este movimento flui na direção do (des)conhecido, ou seja, (des)velando um conhecimento, outro é velado, numa espiral sempre a completar-se. (CAMACHO, 2003, p.139).

O educador, neste contexto, pode ser tanto o profissional que medica a criança, quanto o colega de quarto, pois quem educa e quem é educado são seres humanos, envolvidos no processo de construir-se, buscando a plenitude de ser pessoa, promovendo o encontro consigo mesmo. Mesmo assim, a autora não deixa de fazer referência ao profissional da educação nos hospitais, desde que o mesmo esteja em sintonia com esta concepção de educação.

Isto pode ser percebido no trabalho de Ortiz (2005), a qual expressa a Classe Hospitalar como um espaço de encontro social e de aprendizagens, que tornam a criança conhecedora de seu momento vivido no hospital, conhecendo e elaborando este momento ao mesmo tempo em que se utiliza destes conhecimentos para a construção de novas aprendizagens. Apresenta o atendimento escolar no hospital como auxiliador nesta adaptação à medida que também é terapêutico – formas de enfrentar a hospitalização, e que o atendimento humanizado, sensível, de escuta, proporciona uma melhor qualidade de vida.

No HIJG encontramos o profissional da educação trabalhando em várias frentes, seja inserido na equipe multidisciplinar, participando da intervenção de forma conjunta; com bebês com quadro de desnutrição severa, no programa de Estimulação Essencial; intervindo com adolescentes que apresentam transtornos mentais (anorexia, bulimia, depressão, tentativa de suicídio, e outros), auxiliando no programa de tratamento e promovendo um canal de comunicação entre o hospital e a escola de origem; no atendimento psicopedagógico ambulatorial com escolares que apresentam dificuldades de aprendizagem, muitas vezes, decorrente da hospitalização prolongada e/ou recorrente; nas salas de recreação, através de jogos, brinquedos, cinema, etc.; ou ainda nas salas de aula, com atividades escolares.

Abordando dessa forma, temos o professor, o recreacionista e o pedagogo com especificidades próprias, o que poderia nos apontar para uma denominação de *Pedagogia Hospitalar*. Esta expressão é pouco conhecida nos meios acadêmicos, sendo utilizada por alguns estudiosos que procuram situar o profissional da educação que desenvolve suas atividades em hospitais. Para Fontes (2003), a Pedagogia Hospitalar incorpora a Classe Hospitalar, tornando-se mais abrangente por não se tratar somente da escolarização. Já Matos (1998, p.56), considera tarefa complexa definir esse novo conceito, pois requer maiores embasamentos, configurando-se por um novo âmbito científico que para ela “[...] este novo núcleo de conhecimento dentro do saber pedagógico esbarra com outras fronteiras do saber que envolve o conhecimento médico e psicológico”.

Procurando também compreender o trabalho que os professores desenvolvem no cenário hospitalar e quais as ações geradas a partir dessa *práxis*, Paula (2004) destaca que, embora as práticas educativas venham se ampliando no país, não se têm claro, na maioria dessas práticas, os referenciais teóricos que fundamentam os trabalhos, bem como as diretrizes para formação desses professores, pois a construção de saberes para atuação de professores nas escolas dos hospitais ainda é muito incipiente. A autora nos adverte que é necessário discutir as diretrizes para a formação de professores nessa área considerando as diversas práticas educacionais existentes, bem como pensar em condutas específicas para a formação desses profissionais. Ressalta ainda que os órgãos públicos que implantam os projetos educacionais não acompanham e não oferecem assistência as questões básicas de uma sala de aula (materiais, apoio psicológico aos professores, capacitação), demonstrando um descaso com o trabalho que é realizado. Contudo, a autora ressalta que, mesmo diante das dificuldades, alguns professores têm conseguido criar mecanismos criativos de atuação para superar os impasses com a construção de estratégias diversificadas e flexíveis. Porém, outros ainda reproduzem as práticas educativas tradicionais ou ainda se caracterizam por serem assistencialistas e adotarem uma postura de piedade e compaixão.

Giannelli (2004, p.113), discutindo também a formação deste profissional, nos aponta que “promover o desenvolvimento profissional docente é um desafio, um trabalho de reflexão e discussão que leva à construção de novos caminhos no exercício profissional dos educadores”. Para ela, não basta somente a formação acadêmica, mas também outros saberes que vão além de teorias e princípios. Estes requerem senso crítico e atenção à escuta do que emerge na prática cotidiana.

Em consonância, Paula (2004, p. 32-3) também afirma que o trabalho nos hospitais não requer somente formação acadêmica, mas algumas habilidades específicas que envolvem diferentes aspectos no trabalho cotidiano, como:

Sensibilidade para atuar com crianças, adolescentes e famílias fragilizadas, conhecimento da realidade hospitalar e das patologias, habilidade para lidar com diferentes grupos de alunos, pais e com as equipes multidisciplinares, capacidade de elaboração e estratégias didáticas para atender alunos provenientes de diversas regiões e com diferentes conteúdos escolares, abertura para o outro, independente

de sua condição física, econômica e social, respeito às diferenças de etnia, raça e religião.

As Classes Hospitalares de Santa Catarina (atualmente onze), mesmo seguindo uma política da SED, com a coordenação das Secretarias Regionais, se apresentam com características distintas, conforme pesquisa realizada através do projeto “Converging olhares para alunos hospitalizados: conteúdos, metodologias e práticas”, mais especificamente o sub-projeto “Caracterização das Classes Hospitalares em Santa Catarina”. A investigação evidenciou professoras solitárias, sem preparação para o trabalho e sem parâmetros de avaliação do trabalho que realizam. Neste cotidiano, afirmam trazerem atividades que atendem as áreas do conhecimento curricular conforme as indicações da Proposta Curricular do Estado. Para tanto, privilegiam atividades lúdicas, as quais acreditam melhor se adequarem à situação e às condições da criança hospitalizada. Entretanto, é perceptível as diferenças de condutas e de metodologias nos trabalhos realizados nas Classes Hospitalares do estado. Isso ocorre, de acordo com Cardoso (2006), em vista da falta de acompanhamento pelas Gerências responsáveis pelas Classes Hospitalares.

Existe quase que uma unanimidade nos trabalhos apresentados que é o de reforçar a necessidade de escuta à criança/adolescente hospitalizado. Esta escuta é muito bem referenciada nos trabalhos descritos por Ceccim (1997) valorizando a singularidade das expressões de vida de cada criança. Ou, como o autor se refere, *escuta à vida*, ao que a criança quer dizer através de suas expressões e de seus silêncios, ao que está implícito. Isso perpassa o atendimento escolar e se manifesta em todo o pensar da internação. Para o autor, a escuta pedagógica deve transcender o físico e ser um meio de agenciar conexões, necessidades intelectuais, emoções e pensamentos, numa perspectiva de atenção integral como escuta à vida.

Essa competência é para Fontes (2003, p. 22) um ofício do professor no hospital que emerge da disponibilidade de estar *com o outro e para o outro*. Diferencia a *escuta pedagógica* das escutas realizadas no hospital pelo Serviço Social e Psicologia por considerar que “a pedagógica traz a marca da construção do conhecimento sobre aquele espaço, aquela rotina, as informações médicas ou aquela doença, de forma lúdica e, ao mesmo tempo, didática”. Neste sentido, a educação no ambiente hospitalar tem o papel

importante de resgate da saúde orgânica e da dignidade social. A pesquisadora ressalta o importante papel do professor na escuta pedagógica, no acolhimento às ansiedades e às dúvidas advindas da hospitalização, considerando o espaço criado pelo professor favorável ao estabelecimento destas relações. Acrescenta que não é o conteúdo didático que seduz a criança, mas a *escola* como referência à vida *normal e saudável*. Esta forma de percepção da escola no hospital seja pelas crianças, acompanhantes ou até mesmo por outros profissionais do hospital é referida, na maioria das pesquisas, como um espaço de encontro, de alegria, de distração, de vida, o que dá sustentação ao enfrentamento da experiência vivida, em suportar a situação de adoecimento.

A análise feita por Trugilho (2003), buscando compreender o sentido da escolaridade na vida da criança hospitalizada, encontrou três temas inseridos nessa vivência: a ludicidade, que representa o agradável, a alegria, a vida; a afetividade, no acolhimento que fortalece os vínculos; e o futuro, que é mediado pela escolaridade como projeção para alcançar uma vida melhor. Diante desta análise, constata-se que não se trata apenas de ocupar o tempo ocioso da criança, de preencher um vazio que se instala pela ausência de uma vida saudável, mas de respeito e atenção integral à saúde da criança e do adolescente hospitalizado.

2.2 – Escola e Hospital: onde e como se entrelaçam.

*Não se pode reformar a instituição sem anteriormente ter reformado os espíritos, mas não se pode reformar os espíritos sem anteriormente não tivermos reformado as instituições.
(MORIN)*

Alguns autores foram cruciais para que eu pudesse compreender as relações que se dão em espaços que, em princípio, parecem distintos, mas que se entrelaçam por se constituírem de realidades tecidas pelo mesmo fio humano. Refiro-me às instituições escolar e hospitalar.

Michel Lobrot, na obra “Para que serve a escola?” (1992), nos apresenta três finalidades sucessivas que lhe foram atribuídas, correspondendo a três períodos da história do Ocidente, e que foram responsáveis pelo desvio da escola. O primeiro período, que tem início nos séculos VII e VIII e termina no final no século XIV, intencionava,

exclusivamente, inculcar a doutrina cristã, seus dogmas, os grandes textos sagrados do cristianismo, e os seus representantes. O segundo período é compreendido entre os séculos XV e XVIII cuja finalidade religiosa era preterida pela socialização do indivíduo e, neste caso,

Os valores que a sociedade põe em primeiro lugar não são propriamente os valores cristãos, mas mais os valores morais exaltados pelo protestantismo como a civilidade, a decência, a moderação, a honestidade, o trabalho, a adaptação social, a conformidade. (LOBROT, 1992, p. 13).

O terceiro período, por sua vez, inicia-se no séc. XIX e ainda permanece nos dias de hoje. O autor denomina de *período tecnicista*, quando a escola abandona os desígnios humanistas passando a transmitir conteúdos da ciência e da técnica. Como se pode observar, a escola passou progressivamente de uma concepção cristã a uma concepção clássica e de uma concepção clássica para uma concepção moderna. Dentro desta concepção moderna a escola se destina a disseminar a sabedoria¹⁸. A escola torna-se uma *alavanca* para a prosperidade da sociedade, já que para o progresso é necessário que cada um ocupe o seu lugar e trabalhe, o que implica aptidões e capacidades, sendo estas adquiridas na escola através da aprendizagem da leitura – alfabetização.

A escola contemporânea apresenta-se com uma visão exteriorista do sujeito. Desse ponto de vista, Lobrot (1992, p.36) acrescenta que:

Um indivíduo não é visto como um sujeito psicológico, como sendo subjetivo, como tendo sentimentos e aspirações, mas sim como um ser que deve efetuar determinados atos e obter determinados resultados.

Neste contexto, o que está em jogo é a prosperidade e o destino da própria sociedade. A sociedade, tendo a escola como uma de suas principais instituições, irá aceitar que esta centre sua atuação apenas ou principalmente no desenvolvimento do indivíduo e não da utilidade social? Agindo desta forma, de acordo com Lobrot, o objetivo de transmissão

¹⁸ Lobrot (p.35) apresenta duas faces para a sabedoria. De acordo com uma destas faces é um ato psicológico à base de representação, contendo uma dose variável de abstração e sendo susceptível de investimentos libidinosos (no sentido do “desejo de sabedoria”). A outra face é um ato que permite que o indivíduo aja sobre o mundo, sobre si próprio e sobre os seres humanos, que modifique o seu destino, que subsista e que progrida; que viva e que morra.

e difusão da cultura é retirado da instituição escolar e a esta é conferido um outro papel de natureza transitiva e utilitária que varia conforme as épocas. A transmissão e difusão da cultura, acrescenta o autor, exige da escola um caráter imanente, ou seja, vivida pelo sujeito no seu interior e que engloba um determinado número de mecanismos de ordem psicológica: percepções, representações, elaborações, imaginação, etc.

A escola moderna é utilitarista e organiza-se, portanto, segundo estruturas de caráter funcional. A escola é uma instituição burocrática situada numa sociedade burocrática. Burocratiza-se e despreza o outro como sujeito. Exige do indivíduo o cumprimento das normas sociais, segundo estruturas de caráter funcional. Ou seja, que o indivíduo esteja certificado, rotulado, verificado, para trabalhar ou até existir socialmente. A escola “educa” para que o indivíduo se insira no sistema que está aí, exigindo e cobrando competências que possibilitarão acesso ao mercado de trabalho.

A escola, no momento em que opta pelos valores técnicos, abdica dos valores humanistas¹⁹. Não que não os deseje, porém a interdependência da escola ao sistema

social e econômico não lhe possibilita compreender e controlar a si própria, tornando-se incapaz de evoluir. A tradução disto está não somente ao nível da disciplina, das relações cotidianas, mas também ao nível dos estudos, que são totalmente determinados pelos programas e pelos exames. Com efeito, não visam a igualdade, mas sim a igualização, a indiferenciação, a nivelção, o que resulta na hierarquização maciça dos estudantes.

Para Eizirik (2001), a conformação à norma, de obediência a determinadas regras, tem suas raízes na família, depois continua através da escola e permeia todo o sistema social. Por isso, não se trata de um problema puramente do professor ou da escola, ou mesmo do sistema de educação, mas de um problema que afeta toda uma concepção de homem e de mundo. Para a autora, é necessária a flexibilização do sistema de idéias para que haja mudança no sistema social, combatendo aquelas que se tornaram inflexíveis pela

¹⁹ Valores humanista, entendidos pelo autor, como todas as atitudes que levam a respeitar a liberdade e autonomia do ser humano e a favorecer a sua relacionalidade.

repetição e generalização, tornando-se hábitos de pensar e de conceber o mundo, sem a necessária inspeção crítica.

A escola, tal como a conhecemos hoje, foi construída e construiu-se numa rede de dispositivos econômicos, biológicos, históricos e epistemológicos de saber-poder que envolve toda a vida. O que significa que a escola não foi sempre a mesma, não teve sempre o mesmo significado, passando por mudanças acentuadas ao longo dos séculos. Fazendo um retrospecto nas práticas pedagógicas no Brasil podemos identificar quatro tendências, conforme os Parâmetros Curriculares Nacionais: a tradicional, a renovada, a tecnicista e aquelas marcadas centralmente por preocupações políticas e sociais. Revendo cada uma destas práticas, podemos sintetizar da seguinte maneira: a *pedagogia tradicional* é uma proposta centrada no professor, sendo que a função primordial da escola é transmitir conhecimentos disciplinares para a formação geral do aluno. A *pedagogia renovada* tem como princípio norteador a valorização do indivíduo como ser livre, ativo e social. O centro da atividade escolar é o aluno, como ser ativo e curioso. O mais importante é o processo de aprendizagem, em que aprendem fundamentalmente

pela experiência. O professor é o facilitador. O *tecnicismo educacional* é inspirado nas teorias behavioristas da aprendizagem e da abordagem sistêmica do ensino, com atividades mecânicas inseridas numa proposta educacional rígida e passível de ser totalmente programada em detalhes. Aprender depende exclusivamente de especialistas e de técnicas. A função do aluno é reduzida a um indivíduo que reage aos estímulos de forma a corresponder às respostas esperadas pela escola, para ter êxito e avançar. A *pedagogia libertadora* tem suas origens nos movimentos de educação que ocorreram no final dos anos 50 e início dos anos 60. Nesta proposta, a atividade escolar pauta-se em discussões de temas sociais e políticos e em ações sobre a realidade social imediata. A *pedagogia crítico-social dos conteúdos*, que surge no final dos anos 70 e início dos 80, assegura a função social e política da escola mediante o trabalho com conhecimentos sistematizados. É necessário que se tenha domínio de conhecimentos, habilidades e capacidades mais amplas para que os alunos possam interpretar suas experiências de vida e defender seus interesses de classe. A partir dos anos 80 surge com maior evidência um movimento que pretende a integração entre as abordagens psicológicas, sociológicas e políticas.

A orientação proposta nos Parâmetros Curriculares Nacionais reconhece a importância da participação construtiva do aluno e, ao mesmo tempo, da intervenção do professor para a aprendizagem de conteúdos específicos que favoreçam o desenvolvimento das capacidades necessárias à formação do indivíduo, propondo uma visão da complexidade e da provisoriedade do conhecimento.

Com os avanços da física no século XX, faz parte do nosso dia-a-dia a incerteza, a autonomia, a auto-organização, a complexidade. Neste contexto,

É importante que pensemos a escola como uma organização complexa, atravessada por relações que não se passam somente em seu interior, mas que vêm de muitos lugares e direções, uma vez que não se pode pensar a escola sem situá-la numa determinada realidade, num lugar específico, de uma realidade maior e mais complexa, que a engloba: a comunidade, a sociedade, o país, o mundo. (EIZERIK, 2001, p.87).

A escola precisa trazer para dentro de si as contradições presentes nestes contextos, já que é reconhecida como necessária à sociedade. Considerando que tudo muda ao nosso redor: o mundo, as pessoas, e com isto, as próprias relações, os valores, as crenças e mesmo as instituições (família, casamento), como estas mudanças afetam a escola? Muitas vezes dá a impressão de que estas mudanças ficam fora dos muros destes estabelecimentos.

Saindo da escola e chegando ao hospital, observa-se também em sua trajetória marcas da desigualdade e da exclusão, que são heranças de nosso período de escravidão, em que “o pobre tem que sofrer”, e o crente não menos, para “ganhar o céu”. (PESSINI, 2002).

Foucault (1985, p.101) narrou esta visão histórica de forma incisiva:

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para acolhê-lo quanto para proteger os outros do perigo que ele emana. Dizia-se

correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde se vai para morrer.

Dentro deste contexto, o hospital não se apresenta como um lugar de cura, mas sim um instrumento misto de exclusão, em que a função médica não aparece. A experiência hospitalar estava excluída da formação ritual do médico, ou seja, o que se passava no interior dos hospitais – relação individual entre médico e doente – não estava incluída na prática médica. O que o qualificava era a transmissão de receitas e não o campo de experiências que ele teria atravessado, assimilado e integrado.

A transformação de sistema de poder no interior dos hospitais ocorre em meados do século XVIII, no momento em que este é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um mecanismo terapêutico (a arquitetura do hospital deve ser fator e instrumento de cura). O médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar, o que até então era destinado ao pessoal religioso. Não estando o hospital com seu foco somente na cura, este se torna campo documental, com registros e formação de saber. Saber também através do que é cotidianamente registrado na tradição viva, ativa e atual que é o hospital, ou seja, que a formação de um médico deve passar pelo hospital. O indivíduo e a população são dados, simultaneamente, como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar. (FOUCAULT, 1985).

A passagem de uma instituição aonde se vai para morrer, para uma onde se cuida e se aprimora a saúde exigiu muito tempo e descobertas científicas. No entanto, no Brasil, ainda estamos numa fase bastante rudimentar em relação ao cuidado da dor. O modelo vigente de ensino da medicina²⁰ ainda privilegia o conhecimento fragmentado, gerado pelo clássico modelo das disciplinas, o conhecimento especializado por áreas.

A filosofia desse modelo acolhe o objeto e não o sujeito, o corpo e não o espírito, a quantidade e não a qualidade, a causalidade e não a finalidade, a razão e não o sentimento, o determinismo e não a liberdade, a essência e não a existência. (SIQUEIRA, 2002, p.91).

²⁰ As escolas médicas, em geral, têm graduação baseada no famoso relatório Flexner, datado de 1912, que fundamenta o ensino da Medicina com uma visão biocêntrica/tecnocêntrica. O corpo humano é estudado por partes e a doença é vista como sendo o mau funcionamento dos mecanismos biológicos, estudados sob o ponto de vista da biologia molecular e celular. (PESSINI, 2002, p. 56).

Esta percepção inviabiliza a integralidade do ser humano, desconsiderando a inseparabilidade entre as partes e a totalidade. A comunidade acadêmica ainda visa esta fragmentação quando valoriza as especialidades, acreditando que o conhecimento pode ser mais intenso se melhor aprofundado, e este aprofundamento só é possível quando se lança mão de uma fração deste todo que, neste caso, é o ser humano.

Esta complexidade que envolve a instituição hospitalar, desenvolvendo um diálogo entre a ordem, a desordem e a organização, que se articulam e se cruzam como um princípio dialógico, mantém a dualidade no seio da unidade. Morin (2000, p. 38) revela que:

Há complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo, e há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto de conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes, as partes entre si.

O que não significa que não deva haver distinções, pois distinguir não é sinônimo de separação ou dissociação, mas é necessário considerar uma multiplicidade de níveis que compõe o todo, estabelecendo um diálogo entre eles. É preciso conjugá-los.

Ocorre que, no mundo real, as pessoas praticam simultaneamente muitos jogos de linguagem: jogos de amor, jogos de poder, jogos de saber, jogos de prazer, jogos de fazer, jogos de brincar, jogos de sedução e, até mesmo, jogos de adoecer. Assim é a vida, uma interminável seqüência de jogos, todos ocorrendo ao mesmo tempo. Percebê-la diferente é desconhecer sua essência [...]. (Alves, apud, SIQUEIRA, 2002, p. 102)

A interconexão entre os saberes é a forma de não reduzir a cognição como oriunda do aspecto social, psíquico ou genético. O pensamento complexo rompe com a simplificação, considerando que os fenômenos devem ser analisados de forma articulada, relacionando os fatos e contextualizando-os (MORIN, 2003). O que significa que é preciso situar as informações e os dados em seu contexto para adquirirem sentido.

Ainda hoje encontramos dentro dos hospitais profissionais que mantém certo distanciamento do paciente e do acompanhante, utilizando uma linguagem que lhes confere poder. No entanto, profissionais de diferentes áreas vêm se agregando a este

contexto e compondo as equipes multidisciplinares, buscando modificar as relações existentes através de propostas humanizadoras, emergindo outros olhares que possibilitem uma linguagem de integralidade do ser humano. Para Baitello (1999, p.115),

O médico, tal qual os outros cientistas da natureza que lidam com objetos complexos, viu-se obrigado a ampliar seu universo de leitura e decodificação, a introduzir elementos antes considerados extra-sistêmicos em sua anamnese, a alargar seu alerta perceptivo e enxergar com isto um outro paciente, que tem um princípio corpo-suporte, sobre o qual projeta e amalgama as distrofias de seu corpo semiótico, feito de sinais e símbolos, de histórias e lendas, de imaginação e fantasia, de sonhos e brincadeiras, de jogos e papéis sociais, de personagens imaginários, de mitos e crenças, do vivido e do desejado, dos saberes e dos sabores, dos temores e ansiedades, enfim, um corpo feito das suas paixões.

Esta maneira de pensar e de atuar se pauta na construção de um outro tipo de vínculo, que se traduz na relação humanizada, de legitimação do outro. No resgate de uma visão antropológica holística, que cuide nas suas várias dimensões, ou seja, física, psíquica, social, emocional e espiritual. Nesse sentido reporto-me a Boff (1999, p.33) para quem:

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro.

Cabe destacar que atualmente é usada a expressão *sabedoria médica* para a capacidade de compreender um problema clínico não em um órgão, mas em um ser humano integral, ou seja, biopsicossocial e espiritual. A Organização Mundial da Saúde aponta para novas práticas educativas centradas no modelo disciplinar através da incorporação de estratégias que alcancem fornecer conhecimentos mais adequados do processo saúde-doença, sempre privilegiando o enfoque interdisciplinar, resgatando o ser humano para além de sua dimensão físico-biológica e situá-lo num contexto maior de sentido e significado.

2.3 – As dimensões do cuidado.

Meu aporte teórico para pensar minha prática esteve sempre fundamentado na abordagem construtivista. O encontro com vários outros autores aconteceu nessa minha passagem pelo mestrado, em que me percebo aprendente diante de tantos conceitos e idéias que me encantam e que, ao mesmo tempo, me desorganizam. Com esta desordem me aproximei de Morin (1991; 1999; 2000; 2003) e a teoria da complexidade, dando sentido ao conhecer que se faz na proximidade com a experiência. Precisamos estar abertos para o inesperado, o improvável, pois estamos sujeitos ao erro e a ilusão por sermos dotados de sentimentos que nos movem, mas como o autor nos coloca, a capacidade de emoções é indispensável ao estabelecimento de comportamentos racionais. A afetividade e a inteligência estão em estreita relação, o que nos reporta para o princípio dialógico, permitindo manter a dualidade no seio da unidade, ou seja, associa dois termos ao mesmo tempo complementares e antagônicos. A complexidade situa-se num ponto de partida para uma ação mais rica, menos mutiladora e que comporta nela a impossibilidade de unificação, de acabamento, de incerteza e de irresolutividade.

Com Restrepo (1998, p.45) me vejo envolvida por uma sensibilidade que me convida a trilhar por esse caminho, em que o mundo e o conhecimento vão se reconstruindo a partir dos laços afetivos que nos impactam. Para o autor, “pensar de acordo com uma lógica do sensível, aberta à captação de diferenças, é prestar atenção a esses vaivens afetivos que dão conta de nossos toques e nossos encontros”. A percepção das diferenças só é possível no plano do sensível, em atentar-se para os aromas, as carícias ou o tato que nos marcam a singularidade. Ao tocar o outro somos também tocados, é impossível acariciar o outro sem ser acariciado, é uma prática de co-gestão, que se dá no encontro e que torna possível perceber a singularidade, buscando, ao mesmo tempo, sentir o que o outro experimenta e transmitir nossos sentimentos.

Somente é possível modelar sensibilidades passando da razão teórica à razão sensorial e contextual, e isto requer tato e delicadeza. E esta sensibilidade está na afeição que compartilhamos com o grupo e que acaba por decidir o curso de nosso comportamento. Poeticamente o autor nos encanta com sua ternura:

Assim como se entrega ao artista o mármore ou a tela para que crie uma obra de arte, a nós se nos oferecem diariamente seres humanos para interagirmos e cultivarmos com eles climas de sensibilidade que permitam alcançar um estado estético favorável à plena expressão das singularidades. (RESTREPO, 1998, p.81).

A cultura ocidental nos aponta para a secundarização do afeto, ou seja, de priorizar a razão como forma de sermos coerentes nas tomadas de decisão, de agirmos com precisão e verdade, sem deixar presente as manifestações da convivência interpessoal, fechando-nos o caminho de integração entre a cognição e a afeição. A dissociação destas duas esferas parece ter sua origem na cultura audiovisual, que valoriza os sentidos da visão e audição e que, ao mesmo tempo, podem exercer-se mantendo a distância corporal. Isto é claramente percebido no contexto escolar, onde o tato, o olfato e o gosto são *acessórios* dispensáveis. Subtraindo a relevância das cognições afetivas, a escola nega a singularidade.

Assim também o hospital traz em seu bojo o tratamento do órgão doente do paciente, desprezando, muitas vezes, o outro como sujeito e não levando em conta que cada pessoa adoece de maneira particular. Esta maneira impessoal e até mesmo objetivizante de tratar o sujeito (paciente e acompanhante) debruça-se sobre uma relação desumanizada, pois ao coisificar esta relação (MERHY, 2006), reduz o universo das necessidades e dos saberes a ele referente.

A existência de modelos divergentes de conhecimentos é perceptível no momento em que a singularidade, também a sensorialidade, são reconhecidos como propulsores das relações interpessoais, possibilitando a construção da dinâmica afetiva dos conteúdos cognoscitivos. No entanto, a escola se mostra resistente em aceitar que a paixão e a cognição se cruzam; que a paixão é a grande artesã do conhecimento. Restrepo (1998, p. 33) nos aponta que:

[...] aprender é sempre aprender com outros, pois as estruturas de pensamento não são mais do que relações entre corpos que se interiorizaram, afeições que, ao se tornarem estáveis, nos impõem um certo modelo de fechamento ou de abertura diante do mundo.

O que é importante ressaltar é que emoção e razão são indissociáveis, há sempre na razão um tanto de emoção, assim como o inverso. Separá-las, para o autor, é produto do torpor e do analfabetismo afetivo que desconhece a dinâmica dos processos singulares. Isto me remete ao pensamento de Maturana (1998, p.15) cuja leitura ensinou-me que é a emoção que define a ação. Acrescentando que “as emoções, do ponto de vista biológico, são disposições dinâmicas que definem os diferentes domínios de ação em que nos movemos. Quando mudamos de emoção, mudamos de domínio de ação”. A razão nos deixa cegos frente à emoção, insistimos que o que define nossas condutas como humanas é a racionalidade. Se nossa emoção rege nosso agir, o quão importante nos envolver de carinho, amor, compaixão, sensibilidade para atuarmos em favor do outro, pois ainda com este autor, se não estou na emoção que inclui o outro em meu mundo, não posso me ocupar de seu bem estar. Somente se aceitamos o outro, o outro é visível e tem presença. Este cuidado com o outro é referido nas pesquisas com Classes Hospitalares como sendo de fundamental importância no processo de hospitalização, dando ênfase no atendimento escolar hospitalar como respeito à vida.

Com Maturana (2002, p.48) descubro a objetividade-entre-parênteses, tratando de um caminho explicativo em que não há verdade absoluta nem verdade relativa, mas “muitas verdades diferentes em muitos domínios distintos”. Viver na experiência permite reformulações que escapam da racionalidade, pois existem muitas realidades, e que não deixam de ser legítimas pelas coerências operacionais que a constituem. Havendo tantas realidades quantos domínios explicativos eu posso trazer à mão em minhas coerências operacionais como observador, se tenho uma discordância com outra pessoa, esta outra pessoa está no domínio de realidade diferente do meu. É tão legítimo quanto o meu, que é diferente. Pode ser que não me agrade, mas “não me agradar é um ato responsável de minha predileção, não é um ato de negação da legitimidade desse outro domínio de realidade”. (MATURANA, 2001, p. 38).

Isto significa que ninguém está equivocado por transitar em um domínio de realidade diferente daquele que escolhemos, todos são legítimos em sua origem, ainda que não sejam iguais em seu conteúdo, e que não sejam igualmente desejáveis para serem vividos. Por outro lado (MATURANA, 2002), para poder dizer que algo ou alguém está equivocado, teria que poder afirmar o verdadeiro, e para que minha afirmação do

verdadeiro fosse objetiva e, portanto, fundada numa realidade independente de mim, teria que poder conhecer esta realidade. Quando isto acontece, apropriamo-nos da verdade, não aceitando a legitimidade do mundo do outro, e o negamos de maneira irresponsável, sem levarmos em conta nossas emoções. Este é o caminho explicativo da objetividade-sem-parênteses. Na vida cotidiana nos movemos nos dois caminhos, seja consciente ou inconscientemente.

Outros autores também me auxiliaram na condução deste caminho, me alertando e me fascinando com suas palavras. Boff (2000) me remete ao sentido do cuidar, de como é vivido e se estrutura em nós mesmos. Somente cuidamos quando a existência do outro tem importância para nós, representando uma atitude de responsabilidade e de envolvimento afetivo. Preocupar-se com o outro, desejar seu bem estar, é uma atitude de sentir o outro, de reconhecer o outro como um *ser-no-mundo*, que significa uma forma de *ex-istir e co-existir*²¹. Estar envolvido e responsável nesta dimensão vai muito além do cumprimento de tarefas, ou do *modo-de-ser-trabalho*²² e, como nos coloca o autor, traz consigo a relação sujeito-sujeito.

Já Assmann (1998) me alertou para o reencantamento da educação, chamando a atenção de que é necessário reintroduzir na escola o princípio de que toda a morfogênese do conhecimento tem algo a ver com a experiência do prazer, caso contrário, a aprendizagem vira um processo meramente instrucional. A fascinação e a inventividade devem ter lugar no ambiente pedagógico. Aprendizagem como processo corporal. Qualquer processo pedagógico somente será significativo na medida em que produz a reconfiguração do sistema complexo cérebro/mente (e corporalidade inteira).

Procurando pensar na instituição escola, que prima ainda pela pedagogia do dever-ser, da ordem normativa, encontramos também ambigüidade no momento em que alguns educadores infringem essas determinações burocráticas e tecem uma realidade que se debruça sobre a extensão afetiva e cultural. Nesse sentido, temos o olhar de Lobrot (1992, p. 67):

²¹ Forma escrita pelo autor.

²² Boff apresenta duas formas de ser-no-mundo: o modo de ser pelo trabalho e o modo de ser pelo cuidado. O primeiro configura o situar-se sobre as coisas para dominá-las e colocá-las a serviço dos interesses pessoais e coletivos. Já no segundo, que não se opõe ao trabalho, a relação é sujeito-sujeito, há convivência amorosa, ao lado e junto com o outro.

Admitir que a escola se estrutura em valores humanistas é, também, admitir que tem consideração e que se debruça sobre determinadas dimensões psicológicas sobre as quais não se debruçava até aqui, o que significa a valorização da singularidade, da afetividade e da relação com o outro.

É neste aspecto, segundo o autor, que se encontra o paradoxo vivido pela escola que, de um lado se organiza para a socialização (ensino) de saberes técnicos científicos; contudo, de outro lado, para que tenha sucesso no processo de socialização desses saberes, necessita considerar as dimensões psicológicas dos educandos. Isto é, necessita desenvolver habilidades humanistas, que a opção pela técnica revogou.

A escola sente-se muito incomodada quando se apercebe de que, para atingir o objetivo que almeja, tem necessariamente de ter em conta a psicologia do sujeito, dos seus desejos, das suas reflexões interiores, das suas revoltas, das suas deformações perceptivas, das suas necessidades, das suas esperanças e dos seus desesperos. (LOBROT, 1992, p.36).

A este respeito, Sousa (2002, p.211) propõe que:

Esta ambigüidade, em lugar de parecer uma dificuldade crucial, permite um repensar da própria rigidez institucional e pode favorecer o resgate de sua pluralidade, deixar transparecer que as diferenças que marcam os sujeitos e os grupos são carregados de significações próprias e culturais..

Da mesma forma, o hospital também se apresenta de forma dicotômica pelas próprias características que o compõe. Convencionalmente é visto como um local de sofrimento, dor, morte. Por outro lado, coexistem o acolhimento, a sensibilidade, a vida. O espaço hospitalar é o encontro da diversidade. Pessoas que vivem de maneira tão diferente o seu cotidiano dividem o mesmo espaço, compartilhando sofrimento e esperança, tecendo relações de cumplicidade, solidariedade e intimidade. Ali também se recapitula todas as fases da vida do ser humano: o nascimento, as doenças, a restauração da saúde, a cura, as pesquisas, o silêncio e a inquietude em momentos de despedida da vida. É uma realidade contrastante que nos questiona. Contraste que nos choca e é provocador de indignação ética em muitas instâncias (PESSINI, 2002), mas que nos convoca a sermos arautos do cuidado da vida marcada pela dor e sofrimento.

CAPÍTULO III

Escutando os sujeitos: as expressões e impressões do encontro

A reflexão é um processo de conhecer como conhecemos, um ato de nos voltarmos sobre nós mesmos, a única oportunidade que temos de descobrir nossas cegueiras e de reconhecer que as certezas e os conhecimentos dos outros são, respectivamente, tão nebulosos e tênues quanto os nossos. (MATURANA, 2000, p.67).

A responsabilidade ética em iniciar este capítulo tornou-se um desafio para mim por me dar conta de que, exprimir singularidades que permeiam contextos tecidos por trajetórias diferentes da minha, exige constante autocritica e sensibilidade para que não haja julgamentos que distorçam as falas dos sujeitos que colaboraram com este estudo e, desta forma, distancie-me do cenário pesquisado. Tendo consciência dos meus limites, procuro ser fiel as falas dos interlocutores, destacando as descrições e análises das entrevistas realizadas nas escolas regulares, ao mesmo tempo em que busco entrelaçar as linguagens que estão incorporadas nesse espaço, àquelas construídas na experiência de atendimento educacional que ocorre no âmbito hospitalar.

A análise das informações coletadas fez-se mediante a busca de pontos fundamentais de cada uma das entrevistas, visando estabelecer relações entre as mesmas, no sentido de configurar categorias pertinentes à problemática de estudo. Dentro deste quadro, entre narrativas e tonalidades, as respostas e sensações se desdobraram em duas categorias que considere como pertinentes para a análise:

- **A concepção de instituição escolar para a compreensão do atendimento escolar hospitalar;**
- **A vinculação do atendimento escolar no hospital com conteúdos relacionais.**

Possivelmente outras impressões poderiam se configurar neste mosaico, deixando transparecer vias também importante à compreensão, mas me arrisquei a desenhar alguns contornos que possibilitassem uma aproximação com as nuances deste cenário.

A escola para todos nós é um espaço familiar, pois, vivendo o papel de estudantes por longos anos, a conhecemos tanto em sua estrutura física, quanto em sua funcionalidade, nos entrelaçando em suas veias, construindo nossas histórias de sucessos e/ou fracassos. Chegar neste espaço, portanto, não é algo novo. Cortella (2002) nos traz a reflexão a respeito desta instituição tão antiga, que não se reduz apenas na sua aparência arquitetônica. Conta-nos ele que um monge medieval que vivia no século XIII dormiu durante longos anos, até que no século XX acordou deste estado de hibernação e encontrou uma cidade totalmente modificada, o que o deixou impressionado. Porém, mais adiante encontrou algo de familiar, reconhecendo de imediato. Tratava-se de uma sala de aula, com seus móveis e objetos dispostos da mesma forma em que os conhecera. Esta forma de ver a escola não nos remete somente para a construção arquitetônica em si; o autor nos convida também a refletir sobre como a escola está construída no seu fazer, de como as práticas vêm se reproduzindo ao longo dos anos. Abri este parêntese para mostrar que o espaço do qual vou falar não é estranho para mim, ou para qualquer um de nós. Contudo, devo ter o cuidado de não me envolver com pré-conceitos que desviam o olhar de pesquisadora.

3.1 – A concepção de instituição escolar para a compreensão do atendimento escolar hospitalar.

As narrativas que descrevo a seguir demonstram o quanto a instituição escolar é regida por normas burocráticas que nos inibem pensar diferente, ou agir com maior autonomia diante dos mecanismos exigidos para seu efetivo funcionamento. Mesmo que o professor tenha ciência de que aprendizagens acontecem em outros espaços, a rigidez institucional exige que prazos sejam cumpridos, banhando-se de poder e autoritarismo que tolhem a liberdade dos educadores ou docentes na tomada de decisões.

*O aluno mostrou o caderno com as atividades realizadas no hospital.
Fiquei de conversar com a professora da possibilidade de avaliar*

estes trabalhos. Vamos conversar com a supervisora, talvez deixemos a avaliação em aberto, somente avaliamos daqui para frente. (Cristina, escola B).

Para Eizirik (2001), a paralisação mental ou estagnação, muitas vezes, acontece pela rigidez extrema da instituição, não permitindo qualquer sinal de dissonância ou qualquer ruptura. Para a autora, esta resistência pode ter suas raízes na própria essência das instituições, tidas e havidas como coisas estabelecidas, não aceitando a diferença, a crítica, a curiosidade, a pergunta, o novo, o desconhecido. E este desconhecido também é o atendimento escolar hospitalar que, por estar situado em contexto distinto, com características e finalidades que a ele lhe confere, distancia-se das práticas construídas no interior das instituições de ensino. Visto desta forma, não lhe é conferida a confiança e autenticidade exigidas pelas normas da escola. Isto se revela na fala da professora da escola B, traduzindo-se na desconfiança da autoria das atividades realizadas pelo estudante na Classe Hospitalar e da não validação destas em termos de avaliação, remetendo-se para questões que dizem respeito somente à escola:

Tive dúvidas em analisar o material trazido por ele, pois não sabia se havia sido feito por ele mesmo. Ainda vamos sentar, eu, a orientadora e a supervisora, para analisar. (Júlia, escola B).

Talvez não seja o conteúdo em si o que está em jogo, o que será analisado e avaliado, mas a descontinuidade dos processos escolares, a quebra de uma organização, de um planejamento em que a escola não está preparada para enfrentar. Como lidar com a falta de linearidade, em que um outro professor e um conteúdo não planejado entram em cena? Essa desordem é explicitada pelo educador de uma escola particular de Florianópolis (Escola D). As características peculiares do atendimento escolar no hospital - população flutuante, multisséries, organização do tempo e espaço flexíveis - lhe favorecem uma relativa autonomia em seu funcionamento, o que pode representar para as escolas a ausência do cerne do “fazer escolar”, de sua legitimidade enquanto lugar de produção do saber. É o que sugere o referido educador, quando sua ênfase se direciona *em levar a escola para dentro do hospital*, o que proporcionaria uma aproximação com as exigências institucionais que regulamentam todo o exercício e que devem ser cumpridas:

O atendimento que recebeu lá é importante. Mas o hospital poderia se integrar mais à escola. Talvez outros colegas da escola serem convidados para estarem na classe hospitalar com ele (o aluno hospitalizado). Por mais que vocês tenham bons profissionais, professores capacitados, a escola trabalha com conteúdos diferentes, linguagens diferentes, materiais didáticos diferentes. Os alunos integrados poderiam ajudar no processo. (Carlos, escola D).

A cultura escolar²³ confere ao estabelecimento de ensino uma formatação que lhe é própria, o que lhe proporciona autenticidade e autoridade. Aqui é importante também ressaltar que, por se tratar de uma escola particular, os requisitos de boa escola estão também na aprovação do aluno, uma aprovação atrelada ao alcance dos objetivos, auferidos, principalmente, por resultados quantitativos (notas). As notas, que representam a forma escolar de avaliação, são calculadas milimetricamente como se a avaliação dos resultados do processo de ensinar e aprender fossem algo quantificável e de extremo valor.

Trabalhamos com apostilas, por volume. O aluno tem que vencer cada um. A internação desse aluno foi numa fase de transição de volumes. Então, encaminhamos os materiais para o hospital, apostilas e tudo. Inclusive elaboramos provas para ele fazer no hospital porque era semana de provas aqui na escola e ele sabia que teria provas. Fazê-las no hospital não o deixou tão defasado. (Carlos, escola D).

Os relatos do educador sintetizam a resistência dos profissionais da escola em legitimar o trabalho pedagógico efetivado na Classe Hospitalar, principalmente no que se refere à aprendizagem dos saberes da técnica e da ciência (conteúdos escolares), e a uma forma de ensinar e aprender. A escola trabalha com conteúdos, linguagens e materiais didáticos diferentes e, principalmente, num espaço/tempo milenar, como na história do monge medieval narrada por Cortella (2002). Contudo, integrada ao tempo do capitalismo: para aprender os conteúdos é preciso vencê-los, como em uma competição. Para Eizirik (2001), o que mais fragiliza a escola atual é a ausência de relação, a pobreza da interação ou, mesmo, a coisificação da sala de aula, e, com ela, currículos, programas, aulas, avaliações, conselhos de classe e tudo o mais.

²³ Forquin (1993, p.167) utiliza-se das expressões “cultura escolar” para designar as ortodoxias da escola, ou seja, o conjunto dos “conteúdos cognitivos e simbólicos, que selecionados, organizados, ‘normalizados’, ‘rotinizados’, sob o efeito dos imperativos da didatização, constituem habitualmente o objeto de transmissão deliberada no contexto das escolas”.

A escola tolera o atendimento da Classe Hospitalar e, ao mesmo tempo, evidencia que o trabalho educacional levado a cabo no interior do hospital não ocupa o lugar que é da escola. Tolerância entendida por Maturana (1998) como a postergação da negação do outro, ou seja, não legitimar o outro – neste caso, o trabalho de ensinar e aprender na Classe Hospitalar. As notas também foram alvo de preocupação e cobrança dos pais do aluno da escola D, conforme informação do administrador escolar:

O pai pediu que mandasse as avaliações para o hospital. [...] Recebi depois a mãe, mostrando-se preocupada com as avaliações que o mesmo deveria fazer, além daquelas que haviam sido feitas no hospital, pois já estava iniciando mais uma semana de avaliações. (Carlos, escola D).

É importante observar que esta preocupação em *vencer* as avaliações está muito ligada ao passar de ano. E, para as famílias, quando se trata de escola particular, há todo um *investimento* econômico que não pode ser descartado. Como se refere Connell (1995, p.32), “neste mercado os pais literalmente compram um serviço educacional [...] estão demais preocupados em ver que seu dinheiro foi bem empregado”. A escola, por sua vez, sente a responsabilidade em corresponder a esta exigência, cobrando do aluno o cumprimento das normas: *o aluno tem que vencer cada um dos volumes; era semana de provas*, argumentou o administrador escolar. Apesar de não ser objeto de análise, destaco o uso do termo “vencer” sobrepondo-se ao “aprender”; o trabalho escolar neste caso se parece com uma corrida a qual o estudante tem por obrigação vencer. O que reforça a compreensão da aprendizagem como algo externo ao estudante, bastando que ele ultrapasse os conteúdos das disciplinas, independente dos sentidos e significados que estes tenham para o educando.

As Classes Hospitalares do Estado de Santa Catarina também seguem normas da SED para que as regulamentem. Estarem vinculadas a uma escola da rede estadual de ensino foi a forma encontrada para oficializar os relatórios dos alunos enviados às suas escolas de origem, ou seja, a assinatura de um diretor de escola lhe conferem legitimidade e autoridade. No entanto, os conteúdos escolares elencados nos relatórios encaminhados às escolas também são pertinentes para analisar a resistência em validá-los. Quando questionados sobre o mesmo, professores e especialistas relataram que *está claro; tem sentido; dava para entender; de acordo com o meu planejamento; bem detalhado; que*

trabalho interessante!. Contudo, não houve menções a respeito dos processos de ensinar e aprender; de como os conteúdos foram trabalhados e avaliados. De uma maneira geral, exprimiam fascinação pelo trabalho realizado no hospital, porém, não faziam apreciação a respeito dos conteúdos escolares que foram desenvolvidos na Classe Hospitalar.

Mais uma vez aparece o papel que é compreendido como de exclusividade da escola. Os conteúdos escolares que são desenvolvidos na Classe Hospitalar parecem não ter relevância para a escola. Mas será que os conteúdos têm realmente relevância, seja no hospital, ou na escola? Trago aqui algumas narrativas que me levaram a questionar se existe ou não a preocupação da escola quanto às *perdas* que a não frequência, ou a não participação às aulas resultou:

Não houve momentos para repor conteúdos. As atividades que ele perdeu não foram feitas. A escola não enviou material porque a mãe não nos procurou. Não houve reposição de conteúdos. A avaliação ficou em aberto. Discutiremos no conselho de classe se avaliamos daqui em diante ou repetimos a nota do primeiro semestre. (Cristina, escola B).

A professora da Classe Hospitalar nos telefonou e informou do atendimento e de alguns conteúdos que estavam sendo desenvolvidos por ela. Perguntou se havia outros que gostaríamos que fossem trabalhados. Respondi que o que estava sendo apresentado estava bom e repassei outros por telefone. Não houve necessidade de atendimento individualizado. Logo entrou no ritmo. Fez as avaliações e conseguiu. (Flávia, escola A).

Voltou acompanhando. Não influenciou o tempo em que estive ausente. Os alunos, nesses casos, levam trabalhos para fazerem em casa para repor os conteúdos. (Marina, escola C).

Logo que retornou fez as avaliações juntamente com o grupo e conseguiu. (Gabriela, escola C).

Estes recortes das entrevistas remetem meu olhar para o abandono dos alunos e também dos professores que, pela falta de tempo e de articulação pedagógica, deixam brechas que parecem traduzir-se em indiferenças em relação ao seu papel como docentes, vivendo intensas e profundas rupturas em seus processos. Contudo, ao meu ver, essas contradições envolvem e criam a própria escola, pois ao mesmo tempo em que o professor exerce o poder sobre os alunos, a escola exerce o poder sobre o professor. A

falta de participação nas decisões que são fundamentais para a construção da escola, como por exemplo, a escolha de dirigentes, currículo, formas de avaliação, na maioria das vezes, retira do professor a autonomia e a liberdade de fazer diferente. O docente acaba por responder às exigências do sistema e não às exigências do aluno. E estas relações estão fundamentadas em exercícios e jogos de poder que acabam por produzir um saber específico, desligado da vida e do significado que esta tem para cada um, professor e aluno. Pouco se fala do sentimento de desqualificação, ligado ao desprestígio da função do professor em nossa sociedade, ao sentimento da indignidade pelos baixos salários e baixo reconhecimento social, a pouca importância à educação, de forma efetiva. Pouco também se fala do sofrimento, da angústia, da vontade de saber, do medo de errar, da sensação de impotência, matando possibilidades de trabalhar com qualidade. No encontro com Cristina, orientadora da escola B, foi possível perceber este desamparo e solidão:

O meu trabalho é angustiante, é muito emocional. Os professores solicitam ajuda e eu fico numa angústia porque quero ajudar, chamo a família e não há uma responsabilidade, uma resposta. Eu fico de mãos atadas porque depende só de mim, mas não sou eu que vou resolver o problema, eu vou tentar amenizar.

Este desabafo (foi como a profissional se referiu) demonstra que a escola, ou pelo menos alguns profissionais, querem fazer diferente mesmo sabendo que não é fácil ser diferente no interior das escolas. O conflito entre a tendência homogeneizadora institucional e a rebeldia dos sujeitos traduz um dos mais inquietantes problemas das escolas, pois constitui em caldo fervente de relações que provocam as dissociações entre discursos e práticas. (EIZIRIK, 2001).

Não romper com o cotidiano, proporcionando momentos de descontração e alegrias foram mencionadas quando referidos a oportunidade de *frequentar uma escola* no hospital. Algumas destas narrativas corroboram com esta constatação:

Foi boa a ajuda no sentido dele não ficar afastado, tendo contato diário com o material escolar, não perdendo o ritmo. Contribuiu, pois ele não perdeu o contato. Foi até lucro esse apoio lá, porque, de maneira nenhuma, ele se prejudicou com isso. (Marina, escola C).

Acho que se ele não tivesse tido o atendimento no hospital teria mais dificuldades. Se tivesse ficado parado, para retornar, o ânimo seria mais difícil. (Gabriela, escola C).

O trabalho da Classe Hospitalar é legitimado pelos educadores das escolas pelos conteúdos relacionais. Este, na escola dos saberes da ciência e da técnica, o de menor importância no processo de escolarização. Não que a escola os negue, mas como referido anteriormente, está presa às normas de funcionalidade. Reporto-me a Sousa (2002, p.210) ao sublinhar que “quando a ascendência é da lógica burocrática, a escola revoga a extensão afetiva e cultural que, entendo, deveria prevalecer na formação dos educandos e oportunizar-lhes expressá-las em sua pluralidade”.

O que esperávamos dele é que viesse mais retraído, mais apático, diferente do jeito dele. De repente este trabalho que vocês fizeram lá veio a contribuir para que o interesse dele continuasse e até aumentasse. (Marina, escola C).

Ele se reintegrou sem nenhum problema de adaptação. Foi muito positivo. Ficamos admirados da facilidade que ele voltou e se integrou. (Gabriela, escola C).

Esta *facilidade* de adaptação é bastante significativa, seja para a escola, para os profissionais envolvidos com Classes Hospitalares, mas, principalmente e essencialmente, para os alunos. A proximidade com experiências cotidianas inspira o respeito à dignidade do sujeito. Brincar, explorar, criar e aprender são sinônimos de vida, de se fazer parte de algo ou de alguém. Este sentimento de pertencimento tem a ver com aceitação e estima, favorecendo o estar junto.

Mas quando o conteúdo relacional trabalhado na Classe Hospitalar é avaliado como *contribuiu, é válido*, soa como se também não fosse essencial para a escola. Caso não houvesse, com o tempo o estudante também se adaptaria, se integraria e entraria no ritmo. Isto não deixa de ser verdade, pois temos a habilidade impressionante de adaptação. Porém, devemos considerar também que, termos uma rotina nos favorece na continuidade desta, ou seja, a vinculação com espaço escolar (professores, atividades, grupos), mesmo em contexto de doença e hospitalização, possibilita conservar o entusiasmo após dias ou meses afastado. Esta distância, muitas vezes, resultou em desligamento ou afastamento do ano letivo de alguns estudantes que, por terem se

ausentado muitos dias da sala de aula sentiram-se sem condições de recuperar o tempo perdido²⁴. Foi o que respondeu a estudante Fernanda, quando questionada de como foi voltar para a escola: *pensei que ia rodar*. Portanto, este retorno das escolas aponta que alguns dos objetivos da Classe Hospitalar vem sendo alcançados, quais sejam: *fortalecer a manutenção dos vínculos escolares, mantendo o elo entre o estudante e sua escola de origem; favorecer a reinserção escolar após a hospitalização*.

Quando iniciei minha trajetória de pesquisa, compreendia a Classe Hospitalar como uma extensão da escola dentro do hospital. Esta era para mim uma constatação do significado que tinha o atendimento dentro e fora do hospital. A sala de aula, o professor, o conteúdo curricular, o aluno, tudo era sinônimo de escola, mesmo com especificidades muito próprias. Gostava até mesmo de ouvir que o “hospital tem uma escola”. Não que tudo isto tenha simplesmente sido substituído num passe de mágica, mas agora consigo perceber um outro significado que não exclui o primeiro, mas lhe oferece um outro contorno de legitimidade. Pôr em dúvida os conteúdos cognitivos desenvolvidos na Classe Hospitalar não a exclui enquanto espaço de aprendizagens, mas lhe conferem ressonâncias como centro gerador de produção de subjetividades.

Visto desta forma, a Classe Hospitalar centra a aprendizagem para além dos seus efeitos exteriores, caracterizados por Lobrot (1992) como atividade imanente, em que os desejos, aspirações, frustrações, esperanças são vividas no interior dos sujeitos, sustentando, incessantemente, as atividades transitivas e acompanham-nas, sem, no entanto, se confundirem com elas. O autor aponta que é impossível aprender sem se centrar no próprio ato da aprendizagem, ou seja, sem gostar dele e sem o desejar. Pelo fato da aprendizagem ter um impacto determinante à vida dos indivíduos, é por si própria um fenômeno imanente, mesmo dizendo-se de caráter transitivo e utilitário. Aí encontramos novamente a contradição da escola, ou como define Lobrot (1992), o desvio da escola.

²⁴ Esta constatação está atrelada a minha própria experiência como pedagoga do HIJG, através de relatos de pais, escolas e profissionais do hospital, fazendo uma comparação entre o antes e o após a implantação do programa Classe Hospitalar.

3.2 – A vinculação do atendimento escolar no hospital com conteúdos relacionais.

O hospital como espaço educativo tem papel importante no momento em que proporciona experiência de aprendizagem como uma forma de conexão com a vida, de apresentar-se como uma maneira de relacionar o aprender com experiência de vida. Não estar preso à burocracia escolar, centrada em objetivo palpável e visível, como, por exemplo, resultados das provas, colocam o professor da Classe Hospitalar numa situação *confortável* para definir sua metodologia, bem como põe a liberdade de escolha para o estudante, sobre ir ou não ir à Classe Hospitalar. O fato de poderem definir as estratégias de ação não significa que “tudo vale”. Ao contrário, quer dizer que os professores da Classe Hospitalar são responsáveis pelos critérios de ação que adotam, de estarem atentos para outros tipos de saberes, não tão palpáveis, como as avaliações, mas sim na relação professor ensinando e alunos aprendendo.

Os trabalhos de pesquisa realizados na área destacaram a Classe Hospitalar como um lugar de aprendizagens, mas também de encontro social, onde a criança se apropria de seu momento vivido no hospital, elaborando este momento ao mesmo tempo em que se utiliza desses conhecimentos para construção de novas aprendizagens. Neste sentido, a escolaridade é abordada como algo que mantém a força e a coragem necessárias ao enfrentamento da dor inevitável²⁵ e renova a vontade de viver, projetando-se para além da situação como sentido de algo a realizar no futuro. Dito de outra forma, a escolaridade é alimento social, psíquico, moral/espiritual. É defendida a idéia de que a escuta pedagógica atenta e sensível às demandas afetivas, cognitivas, físicas e sociais da criança pode possibilitar a consolidação de sua subjetividade. Este cuidado com o outro é referido nas pesquisas com Classes Hospitalares como sendo de fundamental importância no processo de hospitalização, dando ênfase no atendimento escolar hospitalar como respeito a vida. Ceccim (1997) utiliza a expressão *escuta à vida*, alertando que as pessoas que estão doentes precisam falar e serem ouvidas, como o autor se refere “escuta em saúde”, o que para ele vai além da simples audição, mas numa escuta baseada na apreensão e compreensão de sentidos:

²⁵ O internamento pressupõe procedimentos invasivos e dolorosos, como as injeções, o soro entre outros.

A escuta não se limita ao campo da fala e do falado, ao contrário, busca perscrutar os mundos pessoais que constituem nossa subjetividade para cartografar o movimento das forças de vida que engendram nossa singularidade. Uma escuta em saúde não é o mesmo que uma escuta psicanalítica que envereda pelo campo da psicopatologia, das psicoterapias ou da análise de sintomas e interpretação. Uma escuta em saúde é mais genérica, mas também específica. Uma perspectiva de atenção integral como escuta à vida, o desenvolvimento da escuta se dirige à promoção da saúde (produção de vida e de sentidos) e não só ao tratamento, por isso, se volta tanto aos processos interativos de percepção e sensibilidade às condutas infantis e sintomáticas, quanto ao acompanhamento dos processos assistenciais. (CECCIM, 1997, p.31).

Hugo Assmann (1998, p.34), ao tratar da escola e do agir pedagógico, nos coloca que “estes têm uma função social específica na medida em que existem, precisa e especificamente, para criar as oportunidades básicas para a morfogênese do conhecimento”. O que significa criar situações de aprendizagem que despertem o sujeito para novas descobertas, conservando a conexão com a vida. Ou seja, “a educação centrada na vida, como significação existencial”. Nesse sentido, a escola no hospital reconfigura o estar-junto que nutre o sujeito de experiências de aprendizagem nas quais se percebe como aprendente.

Seduzir o estudante a sair de seu leito hospitalar para receber atendimento escolar é uma tarefa que depende da maneira como a proposta é apresentada pelo educador. Maturana (2001, p.121) tem uma forma encantadora de falar de sedução (...) “dinâmica do encontro, o outro aceita e incorpora o outro domínio como parte sua e passa a esse domínio sem negar a si mesmo”. O relato a seguir sugere tal atitude:

O aluno não deve ser obrigado a ir para a classe, mas é bom fazê-lo ir pelo menos uma vez, daí vai ver como é. No meu caso foi assim, achei que seria chato e depois vi que era legal. Também porque no hospital não tem nada para se fazer. (Paulo, estudante).

Em outras palavras, seduzir o estudante é conquistá-lo, fazer emergir o desejo por aprender. Desse modo, ir para a Classe Hospitalar não é obrigatório, pois se concebe a aprendizagem como uma escolha pessoal, como um desejo do aluno, coadunado com a concepção de Lobrot (1992) quando se refere ao aprender como resultado de uma escolha que remete para afetos e interesses. Isso porque aprender é um ato subjetivo, que é muito difícil de medir. Pressupõe-se então que o professor deverá ser um agente

que desperte o interesse, já que o interesse é um encadeamento dinâmico e não uma realidade estática e imóvel. Quando perguntado ao estudante o que considerou mais legal e o que não gostou na Classe Hospitalar, obtive como resposta:

Gostei de tudo! Dos brinquedos, da aula, do jeito da professora falar, de dar aula. É diferente da escola, é mil vezes diferente. Não tem prova. (Fernanda, estudante, escola A).

As qualidades relacionais do professor, ou seja, sua empatia e afeto, determinam, muitas vezes, o comportamento e a disposição do estudante para a aprendizagem. Mesmo não sendo fácil, é preciso que o professor sinta e responda aos desejos dos alunos, o que exige muita sensibilidade e competência afetiva. É o que o relato da estudante sugere:

É melhor estudar no hospital do que no colégio. Aqui as professoras são muito carinhosas porque elas já sabem, que já é um hospital, e lá no colégio as professoras não sabem que a gente tem um problema e daí elas brigam muito com a gente. Uma vez eu tava de fralda e ela não deixou eu ir ao banheiro. No segundo dia minha prima explicou tudo para ela e eu tava toda mijada. Ela pediu desculpa e eu também. (Patrícia, estudante, Classe Hospitalar).

As diferenças entre o atendimento na escola e no hospital são também verbalizadas por esta estudante. As relações na escola não lhe possibilitam a manifestação das necessidades do corpo advindas do processo de adoecimento – a professora desconhece a necessidade de a mesma ir ao banheiro. Na Classe Hospitalar, por estar no hospital, a criança sente-se segura e compreendida ao pedir para ir ao banheiro, porque entende que a professora “sabe” de sua doença e, portanto, de suas necessidades. Na convivência está a abertura para a intimidade, em que adultos, jovens e crianças podem conviver na aceitação mútua e na proximidade corporal. E é nesse âmbito que se aprende a empatia: colocar-se no lugar do outro como extensão de SI mesmo, para construir a capacidade de “sentir em comum” a vida como um movimento entrelaçado em SI e em Tudo que existe. (SOUSA, 2006).

Nas ciências contemporâneas, a corporeidade é entendida como uma forma de expressar o ser humano como um todo, vivo e orgânico. Não podemos separar nosso corpo de nossa mente. Dessa forma, cuidar da saúde requer um equilíbrio integral – corpo, mente e espírito. Sendo assim, a saúde é concebida como “saúde total”, como se fosse um fim

em si mesmo. A cura acontece quando se cria um novo equilíbrio humano. Leonardo Boff (1999) alerta que já na Antigüidade utilizavam-se formas de terapia holística para a cura, através de métodos diferenciados, tais como a dança, a poesia, a ginástica, a música, os ritos e o sono sagrado. É o que propõe a moderna medicina alternativa quando resgata esta memória terapêutica. Ceccim (1997) destaca que o encontro na escola do hospital evita os sentimentos de solidão, pois este encontro, a troca de idéias, a construção de novas atividades simbólicas são importantes para a cura do paciente nos hospitais.

Nossos órgãos sensoriais são criadores de conexão com o meio. Ao excluir esses órgãos do processo pedagógico, nega-se a possibilidade de uma aproximação afetiva. Ao tocar o outro - a linguagem tem a ver com o toque - modifico suas emoções, sua fisiologia, e abro caminho para a aproximação. No momento em que isso ocorre há um espaço de convivência recíproca que permite o educar-se espontaneamente. Educar-se porque a intervenção do professor não é de mão única, mas uma interdependência que se manifesta todo o tempo e de maneira recíproca. (MATURANA, 2001).

Por vezes, a escola se vê confusa e, até mesmo, descrente em sua função social diante desse modelo opressor, onde existe pouco espaço para esta forma de educar e educar-se. Mesmo tendo como discurso a preparação dos estudantes para a vida, suas práticas distanciam-se deste objetivo quando ainda reforçam o conteúdo cognitivo.

O material que trouxe do hospital é bem pedagógico, questões de aprendizagem, não pensei que fosse assim... (Júlia, escola B).

Isto reflete a dificuldade das escolas na percepção do atendimento escolar hospitalar como espaço de aprendizagens escolares não considerando que a educação não se dá somente na escola, mas a cada momento, tornando-se mais significativa nos referenciais que conduzem para a própria vida. E este é o desafio na construção do atendimento das Classes Hospitalares: professores e alunos criando e elaborando outras formas de ensinar e aprender. Pelo fato do atendimento escolar hospitalar estar voltado para a diversidade, principalmente dos ritmos diferenciados dos estudantes, seja pelas impossibilidades decorrentes da doença ou mesmo pela falta de motivação e disposição, este requer a construção de uma *práxis* pedagógica própria, em que o afeto permeie esta

práxis, possibilitando momentos de socialização, prazer, alegrias, mesmo nos momentos de dor.

A minha presença, uma profissional do hospital, nas escolas, mesmo com o objetivo de falar sobre o atendimento escolar que o estudante recebeu no hospital, levou alguns educadores a conduzirem as questões para o motivo da hospitalização e para o tratamento, atrelando a Classe Hospitalar a um trabalho voluntário ou ligado a intervenções psicológicas, revelando a impossibilidade de verem os objetivos educacionais/escolares acontecerem em outra instituição que não a escola, isto é, no interior da instituição hospitalar. Estas narrativas ilustram o quanto é pensado o hospital como lugar de carências, mas também de afetos.

Ele não parava. Não fazia atividade nenhuma. Acho que esse problema de saúde o deixou mais quieto, sensível, uma mudança muito grande. A própria atenção que ele teve no hospital, o que não tem em casa. Sentiu o apoio das pessoas que conversavam com ele. Preencheu um vazio pelo fato de estarem dando mais atenção para ele. Houve atendimento psicológico? (Cristina, escola B).

Eu pensei que teria uma equipe multiprofissional, pessoas que trabalhassem dando orientação para esses jovens. (Carlos, escola D).

Essa experiência de hospitalização causa mudanças nas pessoas. O aluno fica com mais disposição para refletir, pois fica mais parado por estar limitado o espaço dele. (Marina, escola C).

Lá o aluno tem tempo de raciocinar, pensar o que é importante. Então volta com outro estímulo, outra cabeça. (Flávia, escola A).

Por que ao psicólogo cabe este envolvimento e não ao educador? Observa-se aqui a instalação de fissuras relativas à atribuição de competências profissionais, que repartem saberes e poderes que desresponsabilizam, portanto, os educadores de ensinar conteúdos relacionais, que levem em conta a emoção. Os argumentos lógicos da escola formal expõem a fragilidade do laço social. (ASSMANN, 1998).

3.2.1 – Acolhimento/cuidado e educação: conceitos que se atravessam.

A análise a seguir procura dirigir o olhar para a maneira como as escolas pesquisadas se posicionam diante da dor do outro, ou seja, do estudante hospitalizado. Aqui não deixarão de aparecer os conteúdos relacionais, mas estes com o foco na sensibilidade da escola diante da necessidade do cuidado. Esta dimensão não é negada pela escola, pois o seu interior é atravessado por significados, no qual transitam também solidariedades, amores e encontros que desabrocham, principalmente, quando se deparam com a dor do outro. Sermos solidários tem a ver com o modo de ver o mundo e a vida. Esta sensibilidade humana nos torna “capaz de sentir empatia e compaixão, de se deixar tocar pelas vidas, sofrimentos e alegrias, esperanças e desejos de outras pessoas”. (ASSMANN, 2000, p.98). Quando nos envolvemos destes sentimentos estamos abertos para ouvir e conhecer histórias de vida, recheadas de carícias e reconhecimento do outro na diferença e singularidade.

O aluno estar hospitalizado, para alguns dos profissionais entrevistados, representa proporcionar-lhe alegria e bem estar, num ambiente propiciador de experiências positivas. Assmann (1998) se refere a *nichos vitais* quando o ambiente é carregado de experiências enriquecedoras, propondo que o ambiente pedagógico tem de ser lugar de *fascinação e inventividade*. A tradução desta impressão foi expressa sobre a Classe Hospitalar:

Imagino este espaço diferente de uma escola regular. Que o trabalho aconteça mais em grupo, numa sala alegre, ambiente aconchegante, gostoso, que desperte o interesse das crianças e que a professora trabalhe diferente de uma sala de aula convencional, desenvolvendo atividades diferenciadas. (Flávia, escola A).

Penso na classe como um espaço gostoso, agradável, lúdico. (Júlia, escola B).

Imagino a sala como a do prézinho, com mesa redonda, diferente da tradicional. (Regina, escola A).

O cuidado está entrelaçado nestas falas, não importando idades e séries, pautando-se numa relação que Maturana (2004) denomina de *materno-infantil*. Esta relação, para o

autor, é um fenômeno biológico que envolve a mãe não como mulher, mas como um adulto numa relação de cuidado. Quando se leva a vida como uma escolha, e não como um dever, o cuidado com as crianças pode surgir como um prazer sensual²⁶ e espiritual, numa intimidade corporal baseada na total confiança e aceitação mútuas, e não no controle e exigência. “Viver dessa maneira requer uma abertura emocional para a legitimidade da multidimensionalidade da existência que só pode ser proporcionada pela biologia do amor”. (MATURANA, 2004, p.48).

Tratar de educação num contexto de adoecimento é pautar como metodologia o princípio de conservar a vinculação do sujeito com a própria vida, que acontece a partir da relação consigo, com o outro e com o meio.

Qualquer coisa que se faça em benefício deles, que não os isole, quanto mais contato tiver com a rotina deles melhor, pois estão em um ambiente totalmente estranho. Já é um trauma ficar afastado dos familiares, mais a escola e os amigos... (Gabriela, escola C).

Isso pode parecer estranho quando parte de um profissional da educação, com os aportes pedagógicos que são traduzidos como referenciais para o trabalho que se desenvolve no âmbito escolar. No entanto, no hospital e também na escola, a experiência da dor do outro, não só a dor da doença, mas a dor de quem está, na realidade, vivendo um contexto de limites, de provações, reflete a ética que surge apenas e exclusivamente no espaço de preocupação pelo outro. Maturana (2001, p.49) aponta que “não é a razão que justifica a preocupação pelo outro, mas a emoção. Se estou na emoção de aceitação do outro, o que lhe acontece tem importância e presença para mim”. Então não é o fato de estar doente que irá definir o que pode ou o que não pode se fazer, mas a interação, a relação de proximidade e de cuidado, de aceitação do outro. É no campo desta solidariedade que o outro jamais é indiferente.

É possível perceber que em um grupo pequeno de alunos, no caso da Classe Hospitalar, criar vínculos se torna mais fácil. O acolhimento é fundamental como parte do processo de criação do vínculo e do próprio processo terapêutico. Acolher não implica somente oferecer um bom tratamento, com toda a tecnologia e aparato necessários, mas

²⁶ Para Maturana (2000, p.71), “a sensualidade tem a ver com a abertura sensorial e a ternura, com o comportamento de cuidado em relação com os outros”.

sensibilizar-se com o dor do outro, do sentir-se responsável pela sua vida. No momento em que é ofertado um atendimento às subjetividades o outro tem importância e presença.

Maturana (2001, p. 76) inspira quando reforça que as interações desencadeiam mudanças estruturais do sistema, de modo que “uma história de interações recorrentes é uma história de desencadeamentos estruturais, de mudanças estruturais mútuas entre o meio e o ser vivo, e o ser vivo e o meio”. Isso atenta para um olhar mais amplo no que se refere à possibilidade do trabalho pedagógico ser coadjuvante no processo de recuperação da saúde. Ao desviar o foco (doença), no momento em que outros interesses permeiam no viver, desencadeiam mudanças fisiológicas. Conforme Restrepo (1998), não existe um corpo puramente natural. O corpo é um recinto de passagens das experiências, das mais viscerais às mais imediatas, das mais conhecidas às mais inéditas.

Há diferentes tipos de relações e interações humanas, dependendo da emoção que as fundamenta (MATURANA, 1998). Somente quando existe aceitação mútua, pautada no amor, existe relação social. Mas esta é tão fundamental na biologia humana que aparece o tempo todo e em toda parte. Porém, encontramos outros tipos de relações, conforme o autor, como as relações de trabalho e as hierárquicas, que “se fundam na negação mútua implícita, na exigência de obediência e de concessão de poder que trazem consigo”.(MATURANA, 1998, p.69). No momento em que o professor dirige sua atenção a transmissão/socialização de conteúdos escolares sem, necessariamente, levar em conta relações afetivas, este se encontra numa relação de trabalho.

O relato do estudante à escola sobre o tempo em que esteve hospitalizado, parece estar fora do contexto escolar. Dito de outra forma, este assunto não foi mencionado e, tampouco, incentivado, seja pelo estudante, pelos colegas e até mesmo pelos professores, quando este retornou à escola após a hospitalização. Quando questionados sobre relatos dos estudantes sobre o atendimento escolar que receberam no hospital, os professores disseram que não houve qualquer referência ao tempo em que estiveram ausentes. Não houve menções sequer sobre o motivo da hospitalização, ou seja, sobre o atendimento na Classe Hospitalar.

O aluno não se refere à classe, nem ao hospital; em nenhum momento ele falou sobre a classe hospitalar. (Júlia, escola B).

Não queria comentar nada do hospital; ele não comenta nada do hospital. Não trouxe o material que realizou lá. Para ele esta fase passou. (Gabriela, escola C).

Apenas duas escolas indicaram conversas, ou pelo menos algum diálogo, como é possível observar no relato da escola em que o estudante mostra o caderno com as atividades, e daquela que trouxe à cena a informação do estudante que via na Classe Hospitalar a possibilidade de não reprovação:

A aluna trouxe o material que fez na classe e mostrou para mim. Somente neste momento ela falou. (Regina, escola A).

A única coisa que ele falou foi que gostaria de estudar no hospital porque não correria o risco de reprovação. (Carlos, escola D).

A experiência de hospitalização para crianças e adolescentes, conforme estudos sobre o tema realizados na área da psicologia, demonstram que as reações decorrentes desta experiência são relativas à faixa etária das mesmas. Crianças de 0 a 6 anos tornam-se mais frágeis pela própria dependência aos pais, apresentando choro e medo com maior frequência. O afastamento dos pais é uma ameaça diante dos procedimentos invasivos aos quais é submetida. Fonseca (1999, p.26) relata que:

Estudos iniciais por Prugh e colaboradores (1953) e por Vaughan (1957), demonstraram que crianças hospitalizadas, especialmente as com menos de 3 anos de idade, apresentavam distúrbios que podiam prejudicar negativamente a relação da criança com sua família, pois a criança poderia passar a desconfiar daqueles a quem ama e desacreditar das atitudes perante ela.

Já nos adolescentes, as reações diante da hospitalização não apresentam um padrão de comportamento pelas próprias características desta fase, em que estão em processo de transformações hormonais, podendo tanto sentir-se felizes pela “folga” da escola proporcionada pela internação, quanto sentir-se isolados e marginalizados, o que gera sentimentos de tristeza e melancolia. Ou seja, as diferentes reações dependem de vários aspectos envolvidos, como por exemplo, a patologia e o tratamento exigido (corpos

invadidos, dor, isolamento, privações), o tempo de hospitalização ou até mesmo a própria estrutura e o cotidiano hospitalar. Em todo caso, crianças e adolescentes que passam por processo de hospitalização alteram, de certa forma, a maneira de se interagir com o mundo, principalmente nos casos de doenças crônicas, o que pode interferir no desenvolvimento físico e psicológico dos mesmos. Corroborando com este raciocínio, Paula (2004, p.123) argumenta que:

Para as crianças e adolescentes hospitalizados, tanto a dor como o sofrimento fazem parte de seu cotidiano, assim como o medo da morte circunda seus imaginários. Não existe uma forma que defina criança e adolescente enfermos, pois uma doença pode possuir características comuns em seus aspectos exteriores, mas, interiormente ela é vivida de forma muito singular por cada indivíduo.

Desse modo, não falar sobre a experiência de hospitalização pode ser uma forma de preservar a privacidade, de proteger-se, pois muitas vezes, sentem-se ameaçados e invadidos. Para os professores entrevistados esta postura sinaliza que os estudantes querem esquecer os momentos vividos no hospital, posição que, para eles, faz-se necessário respeitar.

Alguns profissionais estão atentos ao estudante também na sua condição de saúde e tomam, também, como de sua responsabilidade exigir e cobrar providências dos responsáveis legais. O relato abaixo revela essa atitude de cuidado por parte dos educadores.

O aluno estava apresentando problemas de saúde, todo inchado, a única forma que encontrei para que a mãe fizesse alguma coisa, já que algumas vezes chamei para que viesse até a escola e ela não se fez presente, não atendeu, toda desinteressada, foi que utilizei como argumento o Conselho Tutelar, tendo que tomar uma providência caso ela não levasse o aluno ao médico. (Cristina, escola B).

A escola preocupa-se com a fragilidade do aluno, com a falta de cuidado da própria família, mas não encontra instrumentos próprios para lidar com ela. Ser flexível em relação às normas da escola pode ser uma das maneiras encontradas, como duas coordenadoras de escolas mencionaram:

Prejudicado ele não vai ser. Agora, o que fica defasado é o conteúdo. (Cristina, escola B).

As avaliações, neste momento, podem causar um choque no processo, uma certa frustração em relação as notas, o que poderia prejudicar o tratamento. [...] Mas não sei até que ponto o remédio é de mais ou de menos, ou se está na dose certa para ele. (Carlos, escola D).

Para Eizirik (2001), a escola como lugar de produção do saber não deve estar presa somente aos conteúdos disciplinares ou aos resultados de avaliações, mas também atentar-se para outros tipos de saberes, não tão palpáveis, cujo foco está na relação. E esta relação tem a ver com o cuidado, com o olhar atento às várias tonalidades que entrelaçam essas relações. Para Maturana (2000), isto implica que o olhar do professor não deve dirigir-se ao resultado do processo educacional, mas ao acolhimento da criança em sua legitimidade, não deixando de ter consciência do que espera que este aluno aprenda.

A fronteira entre educação e acolhimento, educação e solidariedade, educação e ternura, educação e criatividade são tênues, mesmo parecendo distintas estão imbricadas nos seus efeitos. Banharmos-nos de afeto no ato de aprendizagem (ASSMANN, 1998) significa e prescinde tornarmos o ambiente pedagógico lugar de fascinação e inventividade, emergindo vivências na descoberta do novo, já que aprender é sempre uma nova descoberta, sempre pela primeira vez. Para finalizar este capítulo, recorro as palavras de Restrepo (1998, p. 49): “O cérebro precisa do abraço para seu desenvolvimento e as mais importantes estruturas cognitivas dependem desse alimento afetivo para alcançar um adequado nível de competência”. O aprender é um processo corporal, entrelaçado numa rede de conectividade, transformando nossa corporalidade.

ARREMATES FINAIS: trilhando por caminhos que se fizeram no caminhar.

A mão tem a capacidade de moldar-se a qualquer superfície do corpo de maneira suave e sensual. (MATURANA, 1998, p.19).

As aproximações explicativas que me arrisco a descrever nesta dissertação são provisórias e incompletas, assim como toda a tentativa de apresentar caminhos percorridos; sempre há ângulos que ficam obscuros, detalhes que a memória apagou. Como não trago certezas, também não aponto caminhos, antes, alinhavo possibilidades de um olhar que permita enxergar além do que é visível aos nossos olhos. Atrevo-me, assim, a discorrer sobre o olhar como experiência, possibilidade e construção. Olhar que construí com os atores deste estudo, partilhando vivências de um cenário familiar, mas complexo, que é o espaço escolar, procurando compreender esta complexidade e diversidade através da abertura de canais para o diferente, o que não é meu, mas que é igualmente válido. A aventura de experimentar outros sabores e aromas, exercitando a arte da escuta, do olhar, do inventar, é desafiar o pensamento, lançando-se na diversidade do real, com suas contradições e paradoxos, mas se permitindo enxergar sob diferentes lentes.

Com o tempo, algumas convicções foram se forjando em mim, e uma delas é de que o espaço educativo dentro dos hospitais apresenta-se como uma nova proposta de compreender a educação. Essa é uma afirmação que suscita questionamentos no sentido de colocar em cheque a estrutura burocrática que a escola vem constituindo desde que foi criada. A essência desta estrutura é de igualitarismo e homogeneidade que considera todos iguais, ao mesmo tempo em que hierarquiza. As séries, notas, diplomas estão aí para confirmar tal denúncia. Não se trata de trazer a escola para dentro do hospital, tampouco, instituir que esta deva se relacionar com o conhecimento de forma diferente. Trata-se, simplesmente, de compreender como os conhecimentos se manifestam conforme são as relações que se estabelecem numa ou noutra estrutura.

A possibilidade de se repensar uma nova maneira de se atuar em educação está em debate há muitos anos, tendo como eixo a construção de um espaço crítico,

democrático, autônomo e que privilegie os relacionamentos. Uma educação sem direcionismo e manipulação, os quais existem quando é eliminada a função crítica do sujeito. Pesquisas ratificam que não tem sentido continuar perpetuando a separação entre o conhecimento burocrático, transmitido pelo professor, e o saber cotidiano, ou senso comum, mediado por lógicas concretas das quais nada se ensina nas aulas.

A questão central que norteou este estudo, que foi o de compreender como a escola regular traduz o trabalho realizado na Classe Hospitalar do HIJG, mostrou-me que o que mais afeta a escola é tirar a criança de seu espaço de convivência, em que compartilha experiências com seus pares (família, escola, comunidade) para um local de sofrimento e isolamento. Desta forma, a Classe Hospitalar resgata o cotidiano promovendo encontros que dão outro significado da experiência presente. O encontro com professores e especialistas me permitiu perceber o quanto seu interior é atravessado por significados, transitando solidariedades, amores e encontros que desabrocham, principalmente, quando se deparam com a dor do outro. O tocar e o ser tocado pelo outro, como armadilhas da sensibilidade, mostra que há vida dentro da escola que, mesmo com a rigidez institucional, existe a preocupação de conservar a vinculação do sujeito com a própria vida. Alguns profissionais da educação procuram criar um outro sentido para suas ações, inscrevendo outros significados do saber, do poder, do querer, do sonhar.

O que pode ser observado nas análises em respostas aos objetivos específicos deste trabalho:

❖ **As impressões da escola regular sobre o atendimento escolar hospitalar.**

Vincular o atendimento realizado no hospital a conteúdos relacionais foi a impressão que mais se destacou quando referiram-se a Classe Hospitalar. Percebê-la como espaço lúdico, proporcionar experiências positivas, alegria, bem estar, foram inúmeras vezes mencionados, dissociando-a da escola “tradicional”. Isto revelou que a escola acredita no trabalho pedagógico realizado no hospital, mas com características próprias do seu contexto. Apenas um profissional de escola levantou expectativas de ‘levar a escola para dentro do hospital’, referindo-se a uma aproximação maior com a rotina de uma sala de

aula, inclusive do próprio contexto do aluno (com seus colegas de turma e professor).

- ❖ **As implicações do atendimento no retorno do aluno.** A maioria dos profissionais entrevistados considerou relevante a facilidade de adaptação do educando, acompanhando o grupo no retorno. O contato com dinâmicas escolares (professores, grupos, atividades de escrita e leitura) contribuiu para que o estudante não perdesse o ritmo, revelando-se importante enquanto promotor da continuidade da vida. O tempo disponível para refletir sobre seu estado de adoecimento também foi mencionado, o que resultou em um envolvimento ainda maior por parte de alguns deles, demonstrando maior estímulo e integração com a escola neste retorno.

- ❖ **As expectativas dos profissionais da escola em relação ao atendimento escolar hospitalar.** Observaram-se referências positivas sobre o trabalho realizado na Classe Hospitalar: que esta cumpre o seu papel que, do ponto de vista da maioria dos interlocutores, é o de amparar a criança e o adolescente nas questões ligadas ao estado emocional e ao processo de desenvolvimento. Ao definir o trabalho como *maravilhoso, magnífico, importante* e que *respeita o ser humano em todas as suas dimensões* (relato colhido em todas as escolas), atribuem funções à Classe Hospitalar, que mesmo tolerando os conteúdos cognitivos nela desenvolvidos, não a excluem como espaço de aprendizagens. Antes lhe conferem ressonâncias como centro gerador de produção de subjetividades.

Igualmente, o levantamento de algumas hipóteses no início do estudo me possibilitou a construção de algumas aproximações explicativas, partindo das falas dos interlocutores, das observações realizadas e dos aportes teóricos que me orientaram nesta caminhada. Mesmo tendo consciência das mutilações e da provisoriidade que apresento nestes arremates, aventurei-me a descrevê-los como possibilidade de reflexão, de investigação, de avanços nas discussões que tratam do tema.

- ❖ **As escolas desconhecem o trabalho realizado nas Classes Hospitalares, independente de haver estudantes seus que a frequentaram e de terem recebido relatórios sobre as atividades desenvolvidas.** Poucas foram as informações dos profissionais das escolas sobre as Classes Hospitalares. Disseram ter ouvido falar deste trabalho muito sucintamente, através da mídia, desconhecendo os objetivos e de como se desenvolve. Mesmo através dos contatos feitos com as professoras da Classe Hospitalar e do relatório recebido, ainda referiram-se ao trabalho realizado no hospital como sendo mais vinculado ao atendimento às questões emocionais e as atividades lúdicas.
- ❖ **Para as escolas, o fato da Classe Hospitalar não seguir o currículo adotado por elas pode significar o não alcance dos objetivos pelos estudantes.** Esta dificuldade encontra-se na rigidez extrema da instituição, não permitindo qualquer sinal de dissonância ou qualquer ruptura, não estando preparada para uma quebra da organização, tidas e havidas como coisas estabelecidas e que lhe confere legitimidade. Desta forma, as práticas construídas no interior dos hospitais distanciam-se das práticas construídas no interior das instituições de ensino, trabalhando com conteúdos, linguagens e materiais didáticos diferentes, o que pode significar uma descontinuidade dos processos escolares, o que não lhe confere confiança e autenticidade exigidas pelas normas escolares.
- ❖ **A visão que a sociedade tem em relação às instituições hospitalares, reconhecendo-a, exclusivamente, como de assistência à saúde.** Poucos foram aqueles que não vincularam o atendimento a momentos de descontração, alegria e bem estar, acreditando ser um trabalho voluntário ou ligado a intervenções psicológicas e, até mesmo, sociais, revelando a impossibilidade de verem os objetivos educacionais/escolares acontecerem em outra instituição que não a escola. A intervenção do professor, para alguns dos entrevistados, auxilia a criança ou adolescente no enfrentamento da experiência vivida, pois conhecendo e elaborando este momento, mantém a força e a coragem necessárias ao enfrentamento da dor. Isto levou a maioria dos profissionais das escolas a conduzirem as questões para o motivo da hospitalização e para o tratamento. Esta forma de perceber a instituição hospitalar está justamente nas competências

relativas aos saberes e poderes atribuídos a ela; assim também é a instituição escolar.

- ❖ **Legitimar a Classe Hospitalar é se auto-deslegitimar do papel que a ela (escola) é atribuído enquanto autoridade educacional.** O que está em jogo é a cultura escolar, em que as aprendizagens de conteúdos cognitivos são de sua responsabilidade e competência, evidenciando as dificuldades encontradas em instituí-las e legitimá-las em outros espaços. A escola não precisa abrir mão de seu papel, mas reconhecer as ações pedagógicas que se efetivam em outros espaços sociais, que atuam como mediadores de aprendizagens escolares.

Com efeito, as ações integradas às políticas públicas ainda são muito tênues. Mesmo previsto o atendimento, seja no Brasil ou mesmo em SC, não encontramos diretrizes que o solidifiquem em suas ações. Considerando a desarticulação entre as próprias Classes Hospitalares no estado, o que podemos esperar quanto à compreensão das escolas regulares? O caminho está sendo construído de forma isolada não promovendo ações integradoras que favoreçam o seu fortalecimento. Ressalto ainda a necessidade de estreitar os laços entre as Secretarias de Educação do Estado e do Município com os profissionais que atuam nos hospitais como possibilidade de uma maior interlocução entre educação e saúde.

A experiência do encontro com as escolas, com as leituras, os diálogos e, principalmente, com muita reflexão, me fez perceber que a Classe Hospitalar legitima-se por ela mesma no momento em que toma como metodologia o princípio de conservar a vinculação do sujeito com a própria vida, pautando-se na expansão e revigoração desta. A escolaridade, neste contexto, emerge como algo que cria expectativas de vida, o que acaba por devolver até mesmo o sentido de convivência, que é o de sair do leito individual para encontrar-se com o grupo. A criança não precisa ser saudável para ser legitimada no hospital, ela pode ser ela mesma neste contexto de adoecimento. Mesmo tratando-se de doenças incuráveis, numa relação profunda de conexão com a vida, tem-se a possibilidade celular de recompor o próprio organismo (RESTREPO, 1998). Neste sentido, a Classe Hospitalar cumpre o seu papel quando se pauta numa alternativa de vida, como um local onde os laços com a vida são tecidos.

Procurando trazer as considerações nesta síntese, abarcando aspectos que considerei significativos, ao mesmo tempo em que guardam consigo os limites de minhas interpretações busquei, neste estudo, contribuir com as discussões e reflexões sobre o atendimento educacional hospitalar, provocando outras discussões que, a partir desta, possam oferecer subsídios para o fazer pedagógico, seja dentro ou fora dos hospitais. Considerando as várias interfaces de atuação do profissional da educação, torna-se necessário despertar curiosidade, abrir portas para descobertas e possibilidades novas. Por não vivermos no vazio estamos constantemente exercitando nossas alegrias, frustrações, sonhos e desejos com os outros e conosco mesmos, construindo nossas experiências de vida.

Referências Bibliográficas

ASSMANN, Hugo. **Metáforas novas para reencantar a educação**; epistemologia e didática. 2ª ed. Piracicaba: Editora Unimep, 1998. 263p.

ASSMANN, Hugo; SUNG, Jung Mo. **Competência e sensibilidade solidária**: educar para a esperança. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000. 331p.

BAITELLO JUNIOR, N. Síndrome da máquina. In: CASTRO, G . de et al. (orgs.). **Ensaio de complexidade**. Porto Alegre: Sulina, 1999. p. 115-121.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. 5. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. 199p.

BOURDIEU, Pierre. Compreender. In: _____ (Coord.) **A miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes, 1997.

BRASIL. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar**: estratégias e orientações. Secretaria de Educação Especial. Brasília: MEC/SEESP. 2002.

BRASIL. **Parâmetros curriculares nacionais**: introdução aos parâmetros curriculares nacionais. Ministério da Educação. Secretaria da Educação Fundamental. 3. Ed. – Brasília: A Secretaria, 2001. 126p.

CAIADO, Kátia R. M. O trabalho pedagógico no ambiente hospitalar: um espaço e, construção. In: RIBEIRO, M. L .S.; BAUMEL, R. C. R. C. (Orgs.) **Educação especial**: do querer ao fazer. São Paulo: Avercamp, 2003. P. 72-79.

CAMACHO, Maria do Rosário. **Memórias de um tempo junto a criança-com-câncer**: reflexões sobre o processo de aprendizagem no enfrentamento da doença. 2003, 220f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro Pedagógico, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2003.

CANÁRIO, Rui. Os estudos sobre a escola: problemas e perspectivas. In: BARROSO, João (org.). **O estudo da escola**. Porto (Portugal): 1996. pp. 121-150.

CARDOSO, Terezinha M. **As classes hospitalares em Santa Catarina**: caracterização. Florianópolis, 2006. (Trabalho não Publicado).

_____. Experiências de Ensino, Pesquisa e Extensão no Setor de Pedagogia do HIJG. In: Cadernos Cedes: **Educação nos hospitais: diferentes cenários, práticas e saberes**. Campinas: CEDES/ São Paulo: Cortez Editora, 2007. (no prelo).

CECCIM, Ricardo Burg. **A escuta pedagógica no ambiente hospitalar**, In: Encontro Nacional Sobre Atendimento Escolar Hospitalar, Rio de Janeiro, 2000. Atendimento Escolar Hospitalar, UERJ, 2001. p.15-18.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo R. Antonacci (org.). **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1997. 195p.

CONNELL, R.W. **Estabelecendo a diferença: escolas, famílias e divisão social**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 228p.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, **Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados**, Resolução n. 41 de 13 de outubro de 1995. Brasília, Imprensa Oficial, 1995.

CORTELLA, Sérgio. **A escola e o conhecimento: fundamentos epistemológicos e políticos**. 6ª ed. São Paulo: Cortez/ Instituto Paulo Freire, 2002. 166p.

EIZIRIK, Mariza Faermann. **Educação e escola: a aventura institucional**. Porto Alegre: AGE, 2001. 179p.

FONSECA, Eneida Simões. **Classe Hospitalar: ação sistemática na atenção às necessidades pedagógico-educacionais de crianças e adolescentes hospitalizados**. In: Temas sobre Desenvolvimento, v.8, n.44, p. 32-37, 1999.

FONTES, Rejane de S. **Escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital**. 2003. 193f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação. Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2003.

FORQUIN, Jean-Claude. **Escola e Cultura: as bases sociais e epistemológicas do conhecimento escolar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Org. e tradução de Roberto Machado. 5ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985. 295p.

GIANNELLI, Maria Inez D.V. **Atendimento Domiciliar: uma escuta para tecer laços**. Tese (Doutorado em Educação) – USP, São Paulo, 2004.

LINHEIRA, Caroline Z. **O ensino de ciências na Classe Hospitalar:** um estudo de caso no Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis/SC. 2006, 151f. Dissertação (Mestrado em Educação Científica e Tecnológica). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

LOBROT, Michel. **Para que serve a escola?** Tradução de Catarina Gândara e Rui Pacheco. Lisboa: Ed. Terramar, 1992. 170p.

MATOS, E.L.M.; MUGGIATI, M.M.T.F. **Pedagogia Hospitalar.** Curitiba: Champagnat, 2001. 90p.

MATURANA R., Humberto. **A árvore do conhecimento:** as bases metodológicas do entendimento humano. Tradução de Jonas Pereira dos Santos. São Paulo: Editorial Psy, 1995. 281p.

_____. **Emoções e linguagem na educação e na política;** Tradução de José Fernando campos Fortes. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1998. 98p.

_____. **Formação humana e capacitação.** Petrópolis: Vozes, 2000.

_____. **Cognição, ciência e vida cotidiana.** Org. e tradução de Cristina Magro e Victor Paredes. Belo Horizonte: Ed. UFMG. 2001. 203p.

_____. **Amar e Brincar:** fundamentos esquecidos do humano do patriarcado à democracia. Gerda Verden- Zöller. São Paulo: Palas Athena, 2004. 272p.

MERHY, Emerson Elias; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Inventando a mudança na saúde.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 333p. (Saúde em debate: Didática)

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). **Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade.** 10ª ed. Petrópolis: Vozes , 1998.

MOREIRA, Gisele Machado da Silva; VALLE, Elizabeth Ranier Martins do. A Continuidade Escolar de Crianças com Câncer: um desafio à atuação multiprofissional, In: VALLE, E. R. Martins. **Psico-Oncologia Pediátrica.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 214-246.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo.** Lisboa: Instituto Piaget, 1991.

_____. **Ciência com consciência.** 3ª ed. – Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999. 350p.

_____. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Azuaya. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2000. 118p.

_____. **Educar na era planetária:** o pensamento complexo como método de aprendizagem no erro e na incerteza humana. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2003. 111p.

NUCCI, Nely A.G. **A criança com leucemia na escola.** São Paulo: Ed. Livro Pleno Ltda, 2002. 118p.

OLIVEIRA, Marta Kohl. **Vygotsky:** aprendizado e desenvolvimento, um processo sócio-histórico. São Paulo: Scipione, 1997.

ORTIZ, Leodi Conceição Meireles. **Classe Hospitalar:** caminhos pedagógicos entre saúde e educação. Santa Maria: Ed. UFSM, 2005. 110p.

PAULA, Ercília Maria Angeli Teixeira de. **Crianças e Professores em Hospitais:** Aprendizizes Especiais na Diversidade dos Contextos Hospitalares, Salvador, 17p. Trabalho não publicado.

_____. **Educação, diversidade e esperança:** a práxis pedagógica no contexto da escola hospitalar. Tese (Doutorado em Educação) – UFBA, Salvador, 2004.

PESSINI, Léo. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Revista Bioética**, Brasília, 2002. n.2, v.10, p.51-72

RESTREPO, Luiz Carlos. **O direito à ternura.** Tradução de Lúcia M. Endlich Orth. Petrópolis: Vozes, 1998. 110p.

SANTA CATARINA, Secretaria de Estado da Educação e do Desporto. **Proposta Curricular de Santa Catarina:** Educação Infantil e Ensino Fundamental e médio: disciplinas curriculares, Florianópolis, COGEN, 1998.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Educação e do Desporto. **Dispõe sobre a implantação de atendimento educacional na Classe Hospitalar para crianças e adolescentes matriculados na Pré-Escola e no Ensino Fundamental, internados em hospitais.** Portaria n.030, de 05 de março de 2001, Florianópolis, p.4.

SANTOS, A. G. et. al. **Relação classe hospitalar e unidades escolares**. 2004. 40 f. Relatório de Estágio. Curso de Pedagogia, Centro de Ciências da Educação. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

SIQUEIRA, José Eduardo. A arte perdida de cuidar. **Revista Bioética**, Brasília, 2002. v.10, n.2, p.89-106

SOUSA, Ana Maria Borges de. **Infância e violência**: o que a escola tem a ver com isso? Tese (Doutorado em Educação) – URGs, Porto Alegre, 2002.

_____. Educação biocêntrica: tecendo uma compreensão. **Pensamento Biocêntrico Revista Eletrônica**. Pelotas, nº 5, p.09-29, jan./jun. 2006.

SOUZA, Simone V. **A expressão da emoção da criança hospitalizada**: um estudo de caso. 2003, 105f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Infância e da Adolescência) - Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2003.

TAAM, Regina. **Pelas trilhas da emoção**: A educação no espaço da saúde. 1ª ed. Maringá: EDUEM, 2004.

TRUGILHO, Silvia Moreira. **Classe hospitalar e a vivência do otimismo trágico**: um sentido da escolaridade na vida da criança hospitalizada. 2003, 224f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro Pedagógico, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2003.

ZAGO, Nadir. A entrevista e seu processo de construção: reflexões com base na experiência prática de pesquisa. In: Zago, N., CARVALHO, M. P., VILELA, R. A. T. (Org). **Itinerários de Pesquisa**: perspectivas qualitativas em sociologia da educação. Rio de Janeiro, DP&A, 2003. p.287-309.

ANEXO I

Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados
Brasil
Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
Resolução 41/95

1. **Direito a proteção, a vida e a saúde com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação.**
2. **Direito a ser hospitalizado quando for necessário ao seu tratamento, sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa.**
3. **Direito de não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento da sua enfermidade.**
4. **Direito a ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas.**
5. **Direito de não ser separada de sua mãe ao nascer.**
6. **Direito de receber aleitamento materno sem restrições.**
7. **Direito de não sentir dor, quando existam meios para evitá-la.**
8. **Direito de ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico quando se fizer necessário.**
9. **Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do curriculum escolar durante sua permanência hospitalar.**
10. **Direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetida.**
11. **Direito a receber apoio espiritual/religioso, conforme a prática de sua família.**
12. **Direito de não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal.**
13. **Direito a receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para a sua cura, reabilitação e/ou prevenção secundária e terciária.**
14. **Direito a proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos.**
15. **Direito ao respeito à sua integridade física, psíquica e moral.**

16. Direito a preservação de sua imagem, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais.
 17. Direito a não ser utilizado pelos meios de comunicação de massa, sem a expressa vontade de seus pais ou responsáveis ou a sua própria vontade, resguardando-se a ética.
 18. Direito a confidência dos seus dados clínicos, bem como direito de tomar conhecimento dos mesmos, arquivados na instituição pelo prazo estipulado em lei.
 19. Direito a ter seus direitos constitucionais e os contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente respeitados pelos hospitais integralmente.
 20. Direito a ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.
- Brasil. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução n° 41 de Outubro de 1995 (DOU 17/19/95).**

ANEXO II

ESTADO DE SANTA CATARINA**SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO****PORTARIA Nº 030 SED, DE 05/03/2001 – DOE Nº 16.616, DE 08-Mar-2001**

Dispõe sobre a implantação de atendimento educacional na Classe Hospitalar para crianças e adolescentes matriculados na Pré-Escola e no Ensino Fundamental, internados em hospitais.

A SECRETÁRIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO, no uso de suas atribuições legais e tendo em vista o disposto na Lei nº 9394/96 - Diretrizes e Bases na Educação, art. 58, § 2º e art. 59, inciso I, c/c o Decreto Lei nº 1044 de 21 de outubro de 1969.

R E S O L V E:

Art. 1º - Implantar atendimento educacional na Classe Hospitalar do Hospital Infantil Seara do Bem, município de Lages e do Hospital Infantil Joana de Gusmão, município de Florianópolis.

Parágrafo único - O atendimento educacional de que trata o caput deste artigo, destina-se à crianças e adolescentes da Pré-Escola e do Ensino Fundamental matriculados na rede pública estadual, municipal e particular de ensino e que estejam internados nos referidos hospitais.

Art. 2º - O funcionamento da Classe Hospitalar objetiva atender com qualidade os educandos internados nas dependências dos respectivos hospitais.

Art. 3º - Para o atendimento do objeto desta Portaria, a Secretaria de Estado da Educação e do Desporto vinculará à Escola de Educação Básica Rubens de Arruda Ramos, município de Lages e à Escola de Educação Básica Padre Anchieta, município de Florianópolis, os serviços de docência a serem prestados.

Art. 4º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MIRIAM SCHLICKMANN

Secretária de Estado da Educação e do Desporto

ANEXO III

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO
SEÇÃO DE PEDAGOGIA – CLASSE HOSPITALAR**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME:

DATA DE NASCIMENTO: Idade:

PROCEDÊNCIA:.....

NOME DOS PAIS:

ACOMPANHANTE:

UNIDADE DE INTERNAÇÃO: DATA:

CLÍNICA MÉDICA:

ESCOLA: FONE:

SÉRIE:

SERIE:
ORIENTADOR(A):

PROFESSOR(A):

OBSERVAÇÕES:

.....

.....

.....

ACOMPANHAMENTO NA CLASSE HOSPITALAR

FREQÜÊNCIA:dias;horas.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PROFESSOR(A).....

ANEXO IV

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO
SEÇÃO DE PEDAGOGIA - CLASSE HOSPITALAR

NOME:

DATA DE NASCIMENTO: IDADE: anos.

PROCEDÊNCIA:

ESCOLA:

.....

.....

SÉRIE:

PROFESSOR(A):

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO NA CLASSE HOSPITALAR

FREQÜÊNCIA: dias; horas.

A classe hospitalar é um programa da Secretaria da Educação do Estado em parceria com o Hospital Infantil Joana de Gusmão e tem como objetivo dar continuidade a escolaridade enquanto a criança permanecer hospitalizada (atende crianças da rede municipal, estadual e particular). Quando o aluno é atendido acima de três dias, o professor da classe entra em contato telefônico com a escola de origem, e após alta hospitalar, é enviado relatório descritivo dos conteúdos trabalhados. Estes conteúdos são planejados para os grupos de séries iniciais e de 5ª à 8ª série do ensino fundamental, de acordo com a Proposta Curricular de Santa Catarina.

Solicitamos o encaminhamento de parecer avaliativo da escola referente ao retorno deste aluno no contexto escolar (validade do trabalho que foi desenvolvido neste hospital).

Contato: (048) 32519075 – 32519029 .

Sítio: www.saude.sc.gov.br/hijg **Fotoblog:** <http://classehospitalarjg.nafoto.net/>

Durante sua internação freqüentou a sala de aula por dias,
em que os conteúdos trabalhados foram:

- ***Língua Portuguesa:***

○

○

○

○

- ***Matemática:***

-

-

-

-

- ***Ciências:***

-

-

-

-

- ***Educação Física***

-

-

-

- ***Cinema, Oficinas, Bingos, Passeios e outros***

PARECER DESCRITIVO

.....

.....

DATA:

DIRETOR